

Opinnäytetyö (YAMK)
Terveiden edistäminen
YTEEDK16
2017

Sonja From

ARKEEN VOIMAA-RYHMÄSTÄ ARKEEN VOIMAA!

– Arkeen Voimaa-ryhmään osallistuneen
pitkäaikaissairaana aktivoituminen työhön,
opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen
toimintaan

Sonja From

ARKEEN VOIMAA-RYHMÄSTÄ ARKEEN VOIMAA!

- Arkeen Voimaa-ryhmään osallistuneen pitkäaikaissairaana aktivoituminen työhön, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan.

Terveystieteidenhuoltojärjestelmään tarvitaan näyttöön perustuvia matalan kynnyksen hoitointerventioita. Yksi vaihtoehto on kroonisten sairauksien ryhmämuotoinen itsehoitomalli (CDSMP). Arkeen Voimaa-ohjelma on Suomen CDSMP, ja sen toiminta perustuu vertaisuuteen, minä-pystyvyyden vahvistamiseen sekä ratkaisukeskeisten toimintamallien opettelemiseen. Tutkimusten mukaan CDSMP on tehokas osallistujille käyttäytymisen muutoksiin ja pystyvyyden kehittämiseen.

Kehittämisprojektin tavoitteena oli soveltavasta tutkimuksesta saadun tiedon pohjalta laatia malli pitkäaikaissairaana aktivoitumisesta työelämään, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan. Tutkimuksen soveltavan osan tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, mikä aktivoi Arkeen Voimaa-ryhmään osallistuneen pitkäaikaissairaana työhön, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan ja mitkä asiat edistivät tai häirsivät aktivoitumista. Tavoitteena oli myös tuottaa tietoa siitä, oliko Arkeen Voimaa-ryhmällä ollut osuutta aktivoitumiseen ja jos oli ollut, niin minkälainen osuus.

Aineisto (n=10) kerättiin Arkeen Voimaa-ryhmään osallistuneilta pitkäaikaissairailta puhelinhaastatteluna tehdyllä teemahaastattelulla. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä. Pitkäaikaissairaat kokivat terveydentilansa huonoksi ja työkyvyttömäksi ennen Arkeen Voimaa-ryhmään osallistumista. Arkeen Voimaa-ryhmän myötä pitkäaikaissairaat tekivät pienin askelin toimintasuunnitelman kautta muutoksia elämäänsä, mieliala alkoi kohentua ja he saivat voimaa aktivoitua työhön, opiskelemaan tai vapaaehtoistyöhön. Soveltavan tutkimuksen tulosten pohjalta rakennettiin malli Arkeen Voimaa-ohjelman merkityksestä aktivoitumiseen. Mallia voi käyttää suunniteltaessa pitkäaikaissairaana kuntoutusta ja Arkeen Voimaa-ohjelman markkinoinnissa.

ASIASANAT:

Arkeen Voimaa-ohjelma, pitkäaikaissairas, aktivoituminen.

Sonja From

EMPOWERED BY ARKEEN VOIMAA-GROUP!

- Activating the chronically ill to participate in work, study or other meaningful activities

Health care system requires evidence-based treatment interventions. One option is Chronical Disease Self-Management Program (CDSMP). Arkeen Voimaa is CDSMP in Finland and it helps participants develop the skills and coping strategies they need to manage their symptoms through action planning, interactive learning, behavior modeling, problem-solving, decision-making, and social support for change. According to the research of CDSMP it is a powerful participant to changes in behavior and the development of self-efficacy.

The aim of this development project was to create a model based on the study results for chronically ill activating to work, study or other meaningful activities by information of the applied research. Applied research part of the development project was to produce information about what activates the Arkeen Voimaa-group involved chronically ill in the work, study or other meaningful activities and what matters promoted or hindered the activation. The goal was to find out does the Arkeen Voimaa-group played a role in activation and if it had, what kind of role.

The study was conducted by a theme interview by phone and results were analysed with content analysis. The study participants (n=10) were the chronically ill people who had participated in the Arkeen Voimaa-group. The chronically ill people in this study experienced their state of health poor before Arkeen Voimaa-group participation and were not fit for work. The Arkeen Voimaa-group participants made small changes in their lives in accordance with the action plan. As a result of these changes, their mood improved, and they got the strenght to get actively involved in work, studying or voluntary work. A model, based on the results of the applied study, was created emphasizing the significance of Arkeen Voimaa-programme. The model can be used in planning rehabilitation for chronically ill people and as part of Arkeen Voimaa-program marketing.

KEYWORDS:

Arkeen Voimaa-program, chronically ill, activating.

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO	7
1 JOHDANTO	8
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	9
2.1 Arkeen Voimaa-ohjelma	11
2.2 Kehittämisprojektin tavoite ja tarkoitus	12
3 KIRJALLISUUSKATSAUS	14
3.1 Kuntoutus	14
3.2 Pitkäaikaissairauksista ja niiden haitoista	17
3.2.1 Taloudellinen haitta	18
3.2.2 Yksinäisyys, osattomuus, syrjäytyminen	19
3.2.3 Liikkumiskyvyn heikentyminen ja kipu	21
3.2.4 Elämänlaadun ja mielenterveyden heikentyminen	22
3.3 Ryhmätoiminnan hyödyt pitkäaikaissairaiden kuntoutuksessa	25
3.3.1 Elämänlaatu	25
3.3.2 Tieto ja vertaistuki	26
3.3.3 Voimaantuminen	26
3.3.4 Osallisuus ja yksinäisyyden lievittyminen	26
3.3.5 Motivaatio	27
3.4 Kroonisen sairauden itsehoito-ohjelman (CDSMP) hyödyt pitkäaikaissairaana kuntoutumisessa	27
4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUMINEN	30
4.1 Kehittämisprojektin etenemisen vaiheet	30
4.2 Projektiorganisaatio	32
5 SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN OSIO	33
5.1 Tutkimuskohde	33
5.2 Teemahaastattelu	34
5.3 Aineistonkeruu	36
5.4 Analyysimenetelmä	36
6 TULOKSET	38
6.1 Taustatiedot	38

6.2 Terveystila ja elämäntilanne	39
6.2.1 Terveystila ja elämäntilanne ennen Arkeen Voimaa-ryhmää	39
6.2.2 Terveystila ja elämäntilanne Arkeen Voimaa-ryhmän jälkeen	41
6.2.3 Kokemus yksinäisyydestä	41
6.3 Aktivoituminen työhön, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan	42
6.3.1 Aktivoitumisen tekijät	42
6.3.2 Arkeen Voimaa-ryhmän merkitys aktivoitumiseen	43
6.3.3 Aktivoitumisen häiritteijät	45
6.4 Arkipärväminen	45
6.5 Yhteenvetona tuloksista Maijan tarina	46
6.6 Eettisyys ja luotettavuus	48

7 MALLI ARKEEN VOIMAA-OHJELMAN MERKITYKSESTÄ PITKÄAIKAISSAIRAAN AKTIVOITUMISESSA

50

8 ARVIOINTI JA POHDINTA

52

8.1 Arviointi	52
8.2 Pohdinta	54

LÄHTEET

58

LIITTEET

- Liite 1. Tutkimustiedote
- Liite 2. Saatekirje
- Liite 3. Teemahaastattelurunko

KUVIOT

Kuvio 1. Kehittämiprojektin eteneminen	30
Kuvio 2. Arkeen Voimaa-ohjelman merkitys pitkäaikaissairaahan aktivoitumiseen	50

TAULUKOT

Taulukko 1. Sukupuoli	37
-----------------------	----

Taulukko 2. Ikä	37
Taulukko 3. Yksin asuvat/kumppanin kanssa asuvat	38
Taulukko 4. Ylin koulutusaste	38

KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO.

Lyhenne	Lyhenteen selitys
ArVo	Arkeen Voimaa-ohjelma (Chronic Disease Self-Management Program, CDSMP) (Suomen Kuntaliitto 2016)
CDSMP	Chronic Disease Self-Management Program (Kroonisen sairauden itsehoito-ohjelman) (Suomen Kuntaliitto 2016)
KELA	Kansaneläkelaitos
SAV	Aivokalvon alainen verenvuoto
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
WHO	World Health Organization (Maailman terveysjärjestö)
YAMK	Ylempi ammattikorkeakoulu

1 JOHDANTO

Kuntaliiton mukaan terveydenhuoltojärjestelmään tarvitaan näyttöön perustuvia matalan kynnyksen hoitointerventioita. Yksi vaihtoehto on kroonisten sairauksien ryhmämuotoinen itsehoitomalli, joka on kehitetty Stanfordin yliopiston Potilasopetustutkimuskeskuksessa Yhdysvalloissa. Itsehoitomallin lähtökohtana on, että kroonista sairautta sairastavilla ihmisillä on samankaltaisia ongelmia, joilla on myös vaikutusta heidän arkeensa ja tunteisiinsa (Kuntaliitto 2015). Oireet tekevät kielteisten vaikutusten kehän arkeen, joka vaikuttaa pitkäaikaissairaahan hyvinvointiin. Arkeen Voimaa toimintamalli tarjoaa erilaisia itsehoidon työkaluja, joiden avulla oireiden kehä voidaan katkaista. Ryhmän toiminta perustuu vertaisuuteen, minä-pystyvyyden vahvistamiseen sekä ratkaisukeskeisten toimintamallien opettelemiseen ja ryhmiä ohjaavat koulutuksen saaneet vapaaehtoiset vertaisohjaajat (Suomen Kuntaliitto 2016). Tutkimusten mukaan CDSMP näyttää olevan tehokas osallistujille käyttäytymisen muutoksiin ja pystyvyyden kehittämiseen (Dongbo, Yongming, McGowan, & Hua, 2006 ja Farrell, Wicks & Martin 2004 sekä Griffiths, Motlib, Azad, Ramsay, Eldridge, Feder, Khanam, Munni, Garrett, Turner & Barlow 2005, Wu, Chang, Courtney & Kostner 2012).

Kuntoutus on suunnitelmallista, monialaista ja pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa (Järvikoski 2013) tilanteissa, joissa sairaudet tai vammat seurauksineen ovat heikentäneet ihmisen mahdollisuuksia pärjätä omassa elämäntilanteessaan ja -ympäristössään. Kuntoutuksen tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen (THL 2015).

Yhteisöpohjaisessa kuntoutuksessa on kuntoutuksen nelijakoon kuuluvien lääkinnällisen, kasvatuksellisen, ammatillisen ja sosiaalisen sektorin lisäksi voimaantuminen, joka tulkitaan perustaksi kaikelle muulle. Voimaantuminen nähdään keskeisenä toimintatapana ja päämääränä pitkäaikaissairaahan ihmisen ja hänen perheensä elämänlaadun ja ihmisoikeuksien kannalta. Voimaantuminen ja elämänhallinta ovat positiivisia käsitteitä, joilla voidaan kuvata kuntoutuksen tavoitteita (Järvikoski 2013).

Aktivoituminen tässä kehittämisprojektissa tarkoittaa voimaantumista, minkä avulla ponnistetaan irti sairaudenkehästä ja aktivoidutaan työhön, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

WHO:n, Maailmanpankin ja Harvardin yliopiston tautitaakkahankkeen mukaan ihmiskunnan terveys on viime vuosina parantunut lähes uskomattomalla tavalla. Infektiosairaudet, vajaaravitsemus sekä raskauteen ja synnytykseen liittyvät terveysongelmat ovat nopeasti vähentyneet ja ihmiset elävät maailmanlaajuisesti yli kuusi vuotta kauemmin kuin 25 vuotta sitten, mutta pitkäaikaissairaudet kuten sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, syöpä ja krooninen keuhkohtauma ovat lisääntyneet. Ihmiset elävät sairauksien ja oireiden kanssa yhä suuremman osan elämästään (Huttunen 2015). Koskisen, Lundqvistin ja Ristiluoman (2012) mukaan 30-44-vuotiaista noin joka neljännellä on pitkäaikaissairaus ja 75-vuotta täyttäneistä noin 70%:lla on pitkäaikaissairaus. Suomalaisista 20-64-vuotiaista 31.5 % koki terveytensä keskitasoiseksi tai huonommaksi vuonna 2015 (Sotkanet).

Suomalaisten hyvinvointi ja terveys ovat jatkuvasti parantuneet, mutta sosioekonomisten ryhmien väliset erot ovat kasvaneet somaattisessa ja psyykkisessä sairastavuudessa sekä terveystottumuksissa. Huono-osaisuus, työttömyys, pienituloisuus, yksinäisyys ja heikko terveys kulkevat usein käsi kädessä. Syrjäytymisen riski nähdään suurimmaksi niillä henkilöillä, joilla on pitkäaikaisesti toimintakykyä alentavia sairauksia, päihdeongelmia ja matala toimeentulotaso (STM 2012).

Väestön ikärakenteen muutos ja siitä seuraava asiakasmäärien kasvu ja julkisten resursien määrä suhteessa sille asetettuihin tehtäviin luo muutospainetta sosiaali- ja terveysjärjestelmiin (STM 2012 ja Virtanen ym. 2011). Kaste-ohjelman mukaan väestön ikärakenteen muuttuessa muistisairaudet ja muut pitkäaikaissairaudet yleistyvät ja monisairaiden lukumäärä kasvaa eikä sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut toimi riittävän hyvin kaikissa kunnissa ja palveluiden alueelliset laatu- ja saatavuuserot ovat merkittäviä (STM 2012).

Kokkonen ja Wallace (2015) kirjoittavat pitkäaikaissairaiden käyttävän merkittävän osan terveydenhuollon palveluista ja budjetista; Englannissa tehdyn tutkimuksen mukaan jopa 70% terveyden ja sosiaalihuollon budjetista. Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan masennus tai ahdistuneisuus oheissairautena lisänee hoitokuluja 33-169 % potilasta kohti. Kustannusten nousu on muiden perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelujen osalta eikä sisällä mielenterveyspalvelujen käytöstä johtuvia kustannuksia. Terveydenhuollon painiessa sekä kustannusten että palvelujen tarpeen kasvun kanssa

täytyisi pohtia, voisiko paljon palveluja käyttävien potilasryhmien hoidon kustannustehokkuuteen vaikuttaa ja pitkäaikaissairaiden kokonaisvaltaisempia hoitomalleja kehittää myös Suomessa.

Terveystenhuoltolaissa painotetaan asiakaslähtöisyyttä, eri toimijoiden välistä yhteistyötä, terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä ja kustannusten kasvun hillitsemistä. Ihmillisesti ja taloudellisesti kannattavaa on hallinto- ja sektorirajat ylittävä ehkäisevä työ ja varhainen tuki (STM 2012). Terveysten edistäminen vähentämällä sairaus- ja vammautumisen riskiä sekä vaikuttamalla kansalaisten terveysvalintoihin on tärkeä mahdollisuus saavuttaa terveyshyötyjä väestössä ja hillitä terveydenhuollon menojen kasvua (STM 2006). Sosiaali- ja terveydenhuollossa tulee myös varmistaa pitkäaikaissairauksien hoidon ja pitkäkestoisen sosiaalisen tuen toimivuus ja vaikuttavuus. Ihmisen hyvinvointi ja terveys koostuvat monesta tekijästä eikä sosiaali- ja terveyspalvelut voi yksin turvata niitä tai poistaa kaikkia riskitekijöitä (STM 2012).

Ihmiset vastaavat itse oman terveytensä edistämisestä, mutta heidän mahdollisuutensa edistää oman ja lähiympäristön terveyttä paranevat, jos tuetaan terveellisten valintojen tekemisen mahdollisuuksia ja vahvistetaan terveyteen myönteisesti vaikuttavia tekijöitä (STM 2009). Yhteiskuntamme tulee mahdollistaa kaikille hyvinvointia ja terveyttä tukevat yksilölliset, yhteisölliset ja yhteiskunnalliset ratkaisut. Poikkihallinnolliset hyvinvointia ja terveyttä edistävät toimet kuten riskiryhmille suunnattu ehkäisevä työ ja sairastuneille ja sosiaalisissa vaikeuksissa oleville korjaava työ on tarpeen kaikissa väestöryhmissä (STM 2012). Yhteiskunnan on tarjottava väestölle mahdollisuuksia terveelliseen ravintoon, liikuntaan ja sosiaalisten suhteiden luomiseen sekä terveelliseen, turvalliseen ja esteettömään elinympäristöön (STM 2012). Kuntien ja valtion tehtävien lisäksi myös järjestöillä ja yksityisten palvelujen tuottajilla on terveyden edistämisessä tärkeä rooli asiantuntijana, tiedon tuottajana ja välittäjänä sekä terveysvaikutusten arvioijana (STM 2009).

Kestävät palvelut edellyttävät yksityisen, julkisen ja kolmannen sektorin kokonaisvaltaista yhteistä ymmärrystä yhteiskunnan kestävydestä. Palveluista täytyy yhteisvoimin saada paremmin vaikuttavia, tehokkaampia, tuottavampia ja laadukkaampia. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilta vaaditaan entistä syvällisempää kykyä vastata asiakkaiden jatkuvasti kasvaviin ja moninaistuviin odotuksiin ja tarpeisiin. Asiakaslähtöisemmällä toimintamalleilla voidaan lisätä hoidon vaikuttavuutta, palveluiden kustannustehokkuutta ja asiakkaiden ja työntekijöiden tyytyväisyyttä. Hyvän hoidon lopputuloksena on tyytyväinen potilas, joka on saanut hoidosta parhaan mahdollisen terveyshyödyn (Virtanen ym.

2011) myös julkisen talouden vakauttamiselle on keskeistä, että mahdollisimman moni työkäinen saa hyvän terveyshyödyn ja käy työssä (STM 2012).

Kolmannen sektorin rooli perustuu usein sellaisiin tarpeisiin, joita julkinen tai yksityinen sektori ei nykyisellään kykene täyttämään ja sen toiminnalla on aatteellinen tai ideologinen perusta ja sektoria yhdistää vahva asiakaskeskeisyys sekä toimiminen asiakaskuntansa äänenä ja osallistumisen kanavana (Koivuranta-Vaara 2011).

Kansalaisjärjestöjen toiminta sosiaali- ja terveyssektorilla on hyvin asiakaskeskeistä ja asiakkaan tarpeista ja eduista lähtevää. Järjestöjen toiminnalta odotetaan nykyään enimmäkseen enemmän mitattavaa tuloksellisuutta ja yhteiskunnallista vaikuttavuutta. Järjestöjen ammattimaistuminen muuttaa järjestöjen ja niiden jäsenten ja asiakkaiden suhdetta ja järjestöjen kasvanut kyky mallintaa ja tuottaa tutkimusperäistä tietoa oman toimintansa vaikuttavuudesta on edesauttanut yhteistyötä tutkimustietoa arvostavan julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kanssa (Kujala 2011).

Kuntaliiton mukaan terveydenhuoltojärjestelmään tarvitaan näyttöön perustuvia matalan kynnyksen hoitointerventioita. Yksi vaihtoehto on kroonisten sairauksien ryhmämuotoinen itsehoitomalli, joka on kehitetty Stanfordin yliopiston Potilasopetustutkimuskeskuksessa Yhdysvalloissa. Itsehoitomallin lähtökohtana on, että kroonista sairautta sairastavilla ihmisillä on samankaltaisia ongelmia, joilla on myös vaikutusta heidän arkeensa ja tunteisiinsa (Suomen Kuntaliitto 2015).

Yksittäisiin ihmisiin kohdistuvissa toimissa perusterveydenhuollolla on keskeinen asema, mutta toimintaa ja yhteistyömalleja olisi kehitettävä maassamme toimivien lukuisten järjestöjen ja liikuntaseurojen kanssa. Suomen olosuhteisiin sopivien terveyttä edistävien toimien vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointia on tarvetta lisätä (STM 2006).

2.1 Arkeen Voimaa-ohjelma

Arkeen Voimaa-ohjelma (Chronic Disease Self-Management Program, CDSMP) on kehitetty Stanfordin yliopiston potilasopetustutkimuskeskuksessa 1990-luvulla osana laajaa tutkimushanketta. Tutkimuksessa havaittiin, että 80% pitkäaikaissairaitten kokemista oireista oli sairaudesta riippumatta samoja ja yleisimmät näistä oireista ovat kipu, stressi, ahdistus, hankalat tunteet, mielialan lasku, hengenahdistus, uupumus, univaikeudet ja

fyysiset rajoitteet. Tutkimuksen mukaan oireet tekevät kielteisten vaikutusten kehän arkeen, joka vaikuttaa pitkäaikaissairaahan hyvinvointiin. Tähän oireiden kehän katkaisemiseen Arkeen Voimaa-ohjelma tarjoaa erilaisia itsehoidon työkaluja. Arkeen Voimaa-ryhmän toiminta perustuu vertaisuuteen, minä-pystyvyyden vahvistamiseen sekä ratkaisukeskeisten toimintamallien opettelemiseen ja ryhmiä ohjaavat koulutuksen saaneet vapaaehtoiset vertaisohjaajat (Suomen Kuntaliitto 2016).

Arkeen Voimaa-ohjelma on levinnyt parin vuosikymmenen aikana yli 20 maahan eri puolille maailmaa. Suomessa toiminta käynnistyi Kuntaliiton koordinoimana laajana yhteistyönä kumppanuuskuntien kanssa vuoden 2011 alussa. Arkeen Voimaa ryhmät on tarkoitettu pitkäaikaissairaille tai henkilöille, joilla on pitkäaikainen vika, vamma tai haitta sekä pitkäaikaissairaahan omaisille ja ne toimivat omahoidon tukena (Suomen Kuntaliitto 2016).

Arkeen Voimaa –ryhmä kokoontuu kuusi kertaa viikon välein 2,5 tunniksi kerrallaan eikä siellä puhuta yksittäisistä sairauksista, vaan tutustutaan itsehoidon työkaluihin, joista kukin ryhmäläinen voi ottaa käyttöönsä heille parhaiten soveltuvat työkalut. Työkalut ovat toimintasuunnitelma sekä päätöksenteon ja ongelmanratkaisun työkalut. Ryhmässä käsitellään mielialan laskua, ajatuksen uudelleen suuntaamista, unta, hankalia tunteita, fyysisistä aktiivisuutta, kaatumisen ehkäisyä, kipua ja uupumusta, rentoutumista, hengitystä, terveyttä edistävää syömistä, vuorovaikutusta, lääkitystä, positiivista ajattelua ja yhteistyötä terveydenhuollon henkilöstön kanssa sekä painonhallintaa (Suomen Kuntaliitto 2016).

Tutkimuksissa Arkeen Voimaa-ryhmän käyneiden arkipärrääminen ja koettu terveydentila kohentuvat huomattavasti, yhteistyö terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa parani ja terveydenhuollon käyntien määrä väheni (Suomen Kuntaliitto 2016).

2.2 Kehittämiprojektin tavoite ja tarkoitus

Kehittämiprojektin tavoitteena on soveltavassa tutkimuksessa saadun tiedon pohjalta laatia malli pitkäaikaissairaahan aktivoitumisesta työelämään, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan. Mallia voi käyttää suunniteltaessa pitkäaikaissairaahan kuntoutusta ja Arkeen Voimaa-toimintamallin markkinoinnissa.

Tuloksilla on merkitystä pitkäaikaissairaille, sillä tulosten mukaan Arkeen Voimaa-ryhmällä on ollut merkitystä aktivoitumiseen. Ehkä pitkäaikaissairaita ohjataan aiempaa

enemmän tällaisiin näyttöön perustuviin matalankynnyksen hoitointerventioihin kuin Arkeen Voimaa-toimintamalli on ja mahdollisesti tulevaisuudessa muitakin pitkäaikaissairaita aktivoituu töihin, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan.

Kun pitkäaikaissairas aktivoituu töihin, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan sairauslomalta, eläkkeeltä tai kuntoutustuelta on sillä myös taloudellista merkitystä sekä pitkäaikaissairaalle, että yhteiskunnalle. Terveystilan kohentuessa käynnit sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa voivat vähentyä ja palaaminen työelämään voi tehdä eläkkeen ja kuntoutustuen tarpeettomiksi. Arkeen Voimaa-ryhmä perustuu vapaaehtoistyöhön ja sen tuomat hyödyt kannattaa huomioida poliittisella tasolla saakka.

3 KIRJALLISUUSKATSAUS

3.1 Kuntoutus

Kuntoutus on suunnitelmallista, monialaista ja pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa (Järvikoski 2013) tilanteissa, joissa sairaudet tai vammat seurauksineen ovat heikentäneet ihmisen mahdollisuuksia pärjätä omassa elämäntilanteessaan ja -ympäristössään. Kuntoutuksen tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen (THL 2015b) kuntoutuksen asiakkaalle, henkilölle, jolla on sairauden tai vamman aiheuttamaa tai siihen liittyvää pitkäaikaista tai pysyvää toimintakyvyn alenemaa ja haittaa selviytymiselle ja jonka tilannetta voidaan mahdollisesti parantaa kuntoutuksen avulla (Järvikoski 2013). Kuntoutusprosessin tulee perustua yksilöllisten tarpeiden ja vahvuuksien monialaiseen arviointiin kuntoutujan ollessa aidosti ja vapaaehtoisesti osallisena oppimisprosessissaan (THL 2015b).

Kuntoutuslainsäädäntö määrittelee kuntoutuspalvelut ja -etuudet, joita ovat esimerkiksi neuvonta, terapiat, koulutus, apuvälinepalvelut, tekniset ratkaisut ja rahallinen tuki kuntoutuksen ajalle. Lakisääteisen kuntoutuksen ulkopuolelle jäävät useat ennaltaehkäisevät toimenpiteet, kuten terveyden edistäminen, toimintakykyä yleisesti ylläpitävät toimenpiteet tai ympäristön edellytyksiin vaikuttaminen (THL 2015b).

Laukkalan, Tuiskun, Fransmanin ja Vorman (2015) mukaan kuntoutus jaotellaan perinteisesti lääkinälliseen, sairauden aiheuttaman haitan vähentämiseen tähtäävään kuntoutukseen, ammatilliseen, työuralle pääsyyn tai siellä jatkamiseen tähtäävään kuntoutukseen sekä sosiaaliseen, arkielämän taitoihin, elämänhallintaan ja sosiaalisessa ympäristössä selviytymiseen tähtäävään kuntoutukseen. Kuntoutuksen tavoitteet voidaan kohdistaa toipumisen osa-alueisiin esimerkiksi oireisiin, sosiaaliseen toimintakykyyn ja elämäntapoihin sekä voimaantumiseen, toivoon ja merkityksen tunteeseen.

Suomessa terveydenhuollolla on päävastuu lääkinällisen kuntoutuksen toteuttamisesta ja se ymmärretään yleensä osaksi hoitoa sen pyrkiessä parantamaan ja ylläpitämään kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja edistämään ja tukemaan hänen elämäntilanteensa hallintaa ja hänen itsenäistä suoriutumistaan päivittäisissä toiminnoissa (Järvikoski 2013) neuvonnan, erilaisten terapioiden tai apuvälineratkaisujen,

sopeutumisvalmennuksen, kuntoutussuunnitelman tarkennuksen ja muiden kuntoutustahojen yhteistyön avulla (THL 2015b).

Ammatillista kuntoutusta järjestävät työ- ja elinkeinohallinto, Kela, työeläkelaitokset, vakuutusyhtiöt sekä ammatilliset oppilaitokset ja sen avulla on tarkoitus parantaa tai ylläpitää kuntoutujan työkykyä, työssä jaksamista, ammatillisia valmiuksia sekä ansiomahdollisuuksia, jotta hän voi saada tai säilyttää itselleen soveltuvan työn ammatinvalinnanohjauksen, kuntoutustutkimuksen, työ- ja koulutuskokeilun, työhönvalmennuksen, ammatillisen ja muun koulutuksen, työvoimaneuvonnan, työhön sijoituksen, elinkeinotuen sekä työhön tai opiskeluun liittyvien apuvälineiden ja työolosuhteiden järjestelytuen avulla. Ammatilliseen kuntoutukseen voi kuulua myös lääkinällisen kuntoutuksen toimenpiteitä (THL 2015b). Ammatillinen kuntoutus kohdistuu yleensä työsuhteessa oleviin henkilöihin, joiden työkyky on väliaikaisesti tai pysyvästi heikentynyt tai jotka ovat palaamassa sairauslomalta takaisin työhön ja henkilöihin, joilla työura on syystä tai toisesta hankaloitunut ja joiden riski syrjäytyä työmarkkinoilta työkyvyttömyyseläkkeelle tai pitkäaikaistyöttömyyteen on sairauden tai työkyvyn alenemisen uhkan takia tavallista suurempi (Järvikoski 2013). Kuntouttavalla työtoiminnan tarkoituksena on vahvistaa asiakkaan elämän- ja arjenhallintaa sekä työ- ja toimintakykyä ja pyrkiä ehkäisemään syrjäytymistä tarjoamalla mahdollisuus työtoimintaan ja muihin palveluihin (THL 2015b).

Kasvatuksellisen kuntoutuksen perustana ovat yksilölliset tuen tarpeet ja se on osa kokonaisvaltaista kuntoutusta tavoitteena fyysisen toimintakyvyn, psyykkisen itsenäisyyden ja realistisen minäkuvan sekä sosiaalisten vuorovaikutustaitojen ja kansalaistaitojen kehittyminen ja tavoitteena on pitkäaikaissairaana yksilöllisyyden ja elämänhallinnan kehittäminen kasvatuksen, opetuksen, oppilashuollon ja kuntoutuksen avulla (Järvikoski 2013). Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan sosiaalisella kuntoutuksella tuetaan vaikeasti syrjäytyneiden henkilöiden paluuta yhteiskunnalliseen osallisuuteen vahvistamalla kuntoutettavan sosiaalista toimintakykyä ja sosiaalisen vuorovaikutuksen edellytyksiä. Vaikean syrjäytymisen taustalla voi olla terveydentilan ja toimintakyvyn ongelmia sekä pitkäaikaistyöttömyyttä tai sosiaalisia ongelmia. Sosiaalisella kuntoutuksella pyritään parantamaan asiakkaan kykyä selviytyä arkipäivän välttämättömistä toiminnoista, vuorovaikutussuhteista sekä oman toimintaympäristön eri rooleista. Välttämättömissä toiminnoissa selviytymistä voidaan auttaa muun muassa helpottamalla asumista, liikkumista sekä yleistä osallistumista, huolehtimalla taloudellisesta turvallisuudesta ja tukemalla sosiaalisia verkostoja (Järvikoski 2013).

Yhteisöpohjaisessa kuntoutuksessa on kuntoutuksen nelijakoon kuuluvien lääkinnällisen, kasvatuksellisen, ammatillisen ja sosiaalisen sektorin lisäksi valtaistuminen, joka tulkitaan perustaksi kaikelle muulle. Valtaistuminen eli voimaantuminen nähdään keskeisenä toimintatapana ja päämääränä pitkäaikaissairaahan ihmisen ja hänen perheensä elämänlaadun ja ihmisoikeuksien kannalta. Voimaantuminen ja elämänhallinta ovat positiivisia käsitteitä, joilla voidaan kuvata kuntoutuksen tavoitteita. Voimaantuminen on prosessi, jossa ihmisen avuttomuus tai vallanpuute vähenee ja ihminen oppii näkemään itsensä aktiivisena toimijana, jolla on mahdollisuus saada aikaan toivomiaan muutoksia omassa elämässään ja vaikuttaa myös muiden ihmisten elämään tiedon ja tietoisuuden lisääntymisen, itsearvostuksen vahvistumisen ja hallinnan tunteen lisääntymisen myötä. Voimaantuminen merkitsee myös yksilön ja ympäristön välisen suhteen muuttumista, joka innostaa ja luo mahdollisuuksia omassa toiminnassa tapahtuville muutoksille (Järvikoski 2013). Siitosen (1999) voimaantumisteorian keskeisenä ajatuksena on se, että voimaantuminen lähtee ihmisestä itsestään ja se on henkilökohtainen ja sosiaalinen prosessi, eikä voimaa voi antaa toiselle. Voimaantuminen voidaan nähdä vastavoimana syrjäytymiselle, huono-osaisuudelle ja osattomuudelle.

Siitosen (1999) mukaan uskomukset omiin kykyihin vaikuttavat voimaantumiseen ja minäpystyvyys vaikuttaa kykyuskomuksiin. Albert Banduran mukaan minäpystyvyys (self-efficacy) tarkoittaa ihmisten uskomuksia omiin kykyihinsä vaikuttaa elämäntapahtumiinsa. Minäpystyvyys määrittää miten ihmiset kokevat, ajattelevat, motivoivat itseään ja käyttäytyvät (Bandura 1994).

Yhteisöpohjaisen kuntoutuksen mukaan ammatillisessa kuntoutuksessa ja työllistymisessä tulisi kiinnittää huomiota siihen, että pitkäaikaissairaiden henkilöiden työllistymiseen voidaan vaikuttaa myös lainsäädännön ja tietoisuuden lisäämisen keinoin. Pitkäaikaissairaahan ihmisen syrjäytyminen yhteiskunnasta ja työmarkkinoilta on taakka paitsi hänelle ja hänen perheelleen, mutta myös yhteiskunnalle. Tähän kuntoutustyöntekijät ja esimiesasemassa olevat voivatkin keskeisessä asemassa ollessaan vaikuttaa paitsi kuntoutuspalvelujen tuottajina myös yhteiskunnallisen tietoisuuden lisäämisen kannalta. Yhteisöpohjaisessa kuntoutuksessa kolmannen sektorin toimijoiden yhteistyö nähdään erityisen tärkeänä, sillä yksi yhteisöpohjaisen kuntoutuksen lähtökohdista on, että nykyistä suurempi osa kuntoutuspalveluista tulisi voida toteuttaa kuntoutujan kotona tai lähiyhteisössä, jolloin se on myös kustannuksiltaan edullisempaa kuin laitoksissa toteutettavat ratkaisut (Järvikoski 2013).

Ravitsemuskuntoutus on osa kuntoutuksen toimintakykyä ja elämänlaatua kohentavaa toimintaa, joka koostuu ravitsemusohjauksesta ja sitä tukevasta ruokatarjonnasta. Kuntoutujia ohjataan siinä, miten ravitsemukseen liittyviä sairauksia esimerkiksi diabetesta ja sydän- ja verenkiertoelinten sairauksia ja niiden aiheuttamia haittoja voidaan hoitaa ja ehkäistä ruokavalion avulla (Järvikoski 2013).

Aktivoituminen tässä kehittämissuhteissa tarkoittaa voimaantumista, minkä avulla painotetaan irti sairaudenkehästä ja aktivoidutaan työhön, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan.

3.2 Pitkäaikaissairauksista ja niiden haitoista

Krooniset sairaudet ovat pitkäaikaisia ja usein hitaasti kehittyviä sairauksia, jotka ovat merkittävimpiä kuolinsyitä EU:ssa (Euroopan komissio). Suomessa kroonisiksi kansantaudeiksi katsotaan sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, astma ja allergia, krooniset keuhkosairaudet, syöpäsairaudet, muistisairaudet, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja mielenterveysongelmat (THL 2015a). Eurostat (2011) on määritellyt pitkäaikaissairaudet seuraavasti: *Niillä tarkoitetaan sellaisia sairauksia tai terveysongelmia, jotka ovat kestäneet tai tulevat kestämaan vähintään kuusi kuukautta tai ovat kausittain tai muuten toistuvia.*

Terveysvalinnat ja elintavat kuten ravitsemus, liikunta ja päihteiden käyttö ovat useiden kansantautien merkittäviä syytekijöitä ja aiheuttavat huomattavan osan estettävissä olevasta kuolleisuudesta. Elintavat muovautuvat pitkälti jo varhaislapsuudessa, mutta niiden vaikutukset sairastavuuteen näkyvät usein vasta vuosikymmenien päästä. Elämäntapoihin ja terveysvalintoihin vaikuttamalla on mahdollisuus ehkäistä huomattava osa työikäisten kroonisista sairauksista. Tutkimukseen perustuva näyttö terveyden ja merkittävien sairauksien määrittäjistä osoittaa, että vaikuttamalla esimerkiksi terveelliseen ruokavalioon, liikuntaan, tupakoinnin ja alkoholin käytön välttämiseen sekä lihavuuden ehkäisemiseen voitaisiin saavuttaa huomattavia terveyshyötyjä (STM 2006).

WHO:n, Maailmanpankin ja Harvardin yliopiston tautitaakkahankkeen päätelmien mukaan ihmiskunnan terveys on viime vuosina parantunut. Infektiosairaudet, vajaaravitseminen sekä raskauteen ja synnytykseen liittyvät terveysongelmat ovat vähentyneet ja ihmiset elävät maailmanlaajuisesti yli kuusi vuotta kauemmin kuin 25 vuotta sitten, mutta pitkäaikaissairaudet kuten sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, syöpä ja krooninen keuh-

koahtaus ovat lisääntyneet ja ihmiset elävätkin sairauksien ja oireiden kanssa yhä suuremman osan elämästään (Huttunen 2015). Koskisen, Lundqvistin ja Ristiluoman (2012) raportissa kerrotaan ainakin yhtä pitkäaikaissairautta sairastavien osuuden kasvavan jyrkästi nuoremmista vanhempiin ikäryhmiin. 30-44-vuotiaista noin joka neljännellä on pitkäaikaissairaus ja 75-vuotta täyttäneillä noin 70%:lla on pitkäaikaissairaus.

Eurooppalaisista noin 80 miljoonaa on vammaisia, joiden vammaisuusaste vaihtelee lievästä vaikeaan. Vammautuminen voi aiheutua esimerkiksi ikääntymisen mukanaan tuomista toimintakyvyn rajoituksista yhdessä ympäristöstä ja asenteista johtuvien esteiden kanssa tai sairauden seurauksena. Vammaisuuden ja vajaakuntoisuuden ero ei aina ole selvä, mutta molemmat yhdistetään vajaatyökykyisyyteen. Tilastokeskuksen tutkimuksen mukaan 55%:lla suomalaisista on pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma ja yli 600 000 suomalaista kokee, että jokin terveysongelma rajoittaa tavalla tai toisella ansiotyöhön osallistumista tai työnsaantimahdollisuuksia. (Taskinen 2012).

3.2.1 Taloudellinen haitta

Ala-Kauhaluoman ja Laurilan (2008) MS-tautia sairastavat suomalaiset -työssä selviytyminen ja kuntoutus tutkimuksen mukaan työmarkkinoilta poistumisen seurauksia sairastuneelle ovat ansiomenetykset ja elintason huonontuminen. Lindin, Tuulio-Hendrikssoinin ja Autti-Rämön (2011) tutkimuksessa on todettu työhön paluun ja opiskelun edellytysten selvästi heikenevän kuntoutusta edeltäneiden sairauspäivärahopäivien lisääntyessä. Jos sairauspoissaolo jatkuu yli puoli vuotta, työhön palaa vain puolet masentuneista. Poissaolon pitkittyessä vuodeksi on työhön palaajia enää neljännes ja lausunto pysyvästä työkyvyttömyyseläkkeestä voi edistää syrjäytymistä.

Sairauspäivän työvoimakustannusten ja tuottavuuden menetykset sekä mahdolliset sijaisten palkkaukset huomioon otettuna sairaustyöpäivä maksaa työnantajalle keskimäärin 351 euroa. 55 vuotiaan henkilön jäädessä työkyvyttömyyseläkkeelle 2500 euron kuukausipalkalla tulee työnantajalle kustannuksia 62600 e ja mikäli työntekijä jää työkyvyttömyyseläkkeelle 30-vuotiaana, koituu työnantajalle noin 300.000 euron kustannukset. Jo yksi työkyvyttömyyseläke näkyy työnantajalla isona vakuutusmaksun nousuna (Valtionkonttori 2012).

Kokkosen ja Wallacen (2015) mukaan pitkäaikaissairaat käyttävät merkittävän osan terveydenhuollon palveluista ja budjetista. Kelpo-polku projektin (2016) mukaan Suomen

terveydenhuollon suorista kustannuksista 75% aiheutuu kroonisista sairauksista. Suomen terveydenhuoltomenot vuonna 2014 olivat 19,5 miljardia euroa ja kasvoivat edelliseen vuoteen verrattuna 0,6 %. Alentuneen työ- tai toimintakyvyn aiheuttamien kustannusten arvioidaan olevan nelinkertaisia sairaanhoidon ja lääkkeiden kustannuksiin nähden (Kelpo-polku 2016).

3.2.2 Yksinäisyys, osattomuus ja syrjäytyminen

Junttilan, Jyrkän ja Tolmusen (2016) mukaan yksinäisyys määritellään subjektiivisesti koetuksi negatiiviseksi psyykkiseksi tilaksi, jossa ihminen kokee ahdistusta määrällisesti tai laadullisesti puutteellisista ihmissuhteista. Yksinäisyys vaikuttaa negatiivisesti ihmisen psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen ja sosiaalisen verkoston puuttuessa yksinäiset turvautuvat muita useammin terveydenhuollon palveluihin (Junttila ym. 2016). Huttunen kertoo, että potilaiden yksinäisyyttä vahvistaa pirstaleisuus, joka on lisääntynyt myös kuntoutuksessa. Kuntoutuksen tukipalvelut on ulkoistettu ja yksin asuva eläkeläinen voi viikon aikana kohdata useita eri työntekijöitä, joista kenelläkään ei ole aikaa kohdata yksin elävää ihmistä ja ihmisen kuunteleva kohtaaminen jää puuttumaan (Huttunen 2014). Toikan, Vuorjoen, Koskelan ja Pentalan (2015) Aikuisväestön yksinäisyys ja järjestötoimintaan osallistuminen Suomessa tutkimuksessa mainitaan, että noin joka kymmenes suomalainen aikuinen on yksinäinen. Yksinäisyys korostuu 20-29-vuotiaiden ja yli 70-vuotiaiden ikäryhmissä.

Osattomuus on osallisuuden vastakohta. Osallisuus on tunne, joka syntyy ihmisen ollessa osallisena jossakin yhteisössä esimerkiksi opiskelun, työn, harrastus- tai järjestötoiminnan kautta ja se ilmenee jäsenten arvostuksena, tasavertaisuutena ja luottamuksena, sekä mahdollisuutena vaikuttaa omassa yhteisössä. Yhteiskunnassa osallisena oleminen tarkoittaa mahdollisuutta terveyteen, koulutukseen, työhön, toimeentuloon, asuntoon sekä sosiaalisiin suhteisiin. Kansallisella tasolla osallisuus on oikeus tasavertaisena osallistua ja vaikuttaa itseään koskeviin asioihin ja yhteiskunnan kehitykseen. Tunne osallisuudesta ja sosiaaliset verkostot toimivat suojaavina tekijöinä hyvinvointivajeita ja syrjäytymistä vastaan (THL 2016)

Osallisuudessa on kolme ulottuvuutta; riittävä toimeentulo ja hyvinvointi, toiminnallinen osallisuus ja yhteisöihin kuuluminen ja jäsenyys. Osallistumisen ulottuvuuden vaje voi tarkoittaa osallisuuden vähentymistä ja syrjäytymisriskin lisääntymistä. Syrjäytymisellä tarkoitetaan yhteisöllisen toiminnan ulkopuolelle jäämistä ja useimmiten siihen liittyy

myös sosiaalista, taloudellista ja terveydellistä osattomuutta ja eriarvoisuutta. Heikoksi koettu elämänlaatu lisää osattomuuden kokemuksia (THL 2016).

Osallisuus tuottaa hyvinvointia ja terveyttä, kun taas yhteisöjen, osallisuuden ja luottamuksen puute tuottaa pahoinvointia. Osallisuus on terveyttä ja hyvinvointia tukeva voimavaroitekijä, koska sen avulla ihminen voi vaikuttaa itseään koskeviin asioihin. Hyvä fyysinen terveys mahdollistaa osallistumisen ja osallisuuden paremmin kuin huono fyysinen terveys. Fyysisistä rajoitteista huolimatta osallisuus on kuitenkin saavutettavissa (THL 2016).

Suomalaisessa yhteiskunnassa palkkatyö nähdään yhtenä merkittävämpänä yhteisölliseen toimintaan osallistumisen muodoista. Työ ja ammatti määrittelevät ihmisen identiteettiä, asemaa ja paikkaa yhteiskunnassa ja työelämän ulkopuolelle jääminen rajaa yksilöltä pois normaalit suhteet työyhteisöön ja siltä osin myös yhteiskuntaan. Palkkatyön ulkopuolelle jääminen pitkäkestoisesti saattaa johtaa sosiaaliseen syrjäytymiseen ja sillä on vaikutuksia myös hyvinvointiin ja terveyteen. Sosiaali- ja terveystalvaeluilla sekä työllisyystalvaeluilla on tärkeä rooli osallisuuden edistämisessä ja myös koulut, työpaikat, järjestöt, harrastusseurat, seurakunnat ja yhdistykset ovat tärkeitä osallisuuden vahvistamisessa ja syrjäytymisen ehkäisemisessä. Sosiaalinen aktiivisuus vähentää riskiä sairastua moniin vakaviin sairauksiin kuten sydänsairauksiin ja masennukseen ja sosiaalisesti aktiivisilla ihmisillä on myös pienempi kuolleisuuden ja pitkäaikaiseen laitoshoidon sijoittumisen riski kuin sosiaalisiin toimintoihin vähemmän osallistuvilla (THL 2016).

Osallisuutta vahvistavat hyvä perusterveys ja terveelliset elämäntavat esimerkiksi myönteinen itsetunto, kyky ilmaista tunteita tarkoituksenmukaisella tavalla ja kyky ratkaista elämässä eteen tulevia ongelmia, yhteisöön kuulumisen tunne, kyky tulla toimeen omassa yhteisössä, sääntöjen tunnistaminen, itsensä tarpeelliseksi kokeminen sekä kokemus siitä, että pystyy tekemään valintoja, turvallisuuden tunne, kokemus tyydyttävästä perustarpeiden täyttymisestä ja kuulumisen tunteesta yhteiskuntaan, jonka jäsen on. Osallisuutta vahvistavat myös myönteinen kokemus hyvinvointi- ja perustalvaeluista, kuten esimerkiksi terveystalvaeluista ja riittävästä toimeentulosta. Osallisuus on yhteydessä voimaantumiseen. Voimaantuessaan ihmiset voivat kontrolloida omia päätöksiään ja toimiaan, jotka vaikuttavat sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja yhteisöllisyyteen sekä osallisuuden vahvistumisen myötä myös terveyteen (Koskinen-Ollonqvist, Rouvinen-Wilenius, Aalto-Kallio 2009).

Syrjäytyminen tarkoittaa yhteisön tai yhteiskunnan ulkopuolelle jäämistä taloudellisten resurssien puutteen, yhteiskunnasta eristymisen tai eristämisen sekä sosiaali- ja kansalaisoikeuksien rajallisuuden yhdistelmänä. Syrjäytymistä voivat edistää erilaiset ongelmat, jotka liittyvät työntekoon, opetukseen ja elintasoon, terveyteen tai kansallisuuteen (THL 2016). THL:n mukaan syrjäytymisen taustatekijöitä voivat olla koulutuksen puute, työttömyys, sairastuminen, toimeentulon puute, asunnottomuus, mielenterveyden ongelmat, päihteiden käyttö, väkivaltaisuus ja rikollisuus. Edellä mainittujen lisäksi myös sosiaalisten suhteiden vähyys ja syrjäytyminen yhteiskunnallisesta osallisuudesta ovat riskitekijöitä. Nuorten mukaan keskeisimpiä syitä syrjäytymiseen on ystävien puute (THL 2016). Työstä poissaolon pitkittyessä vuodeksi on työhön palaajia enää neljännes ja lausunto pysyvästä työkyvyttömyyseläkkeestä voi edistää syrjäytymistä (Lind, Tuulio-Hendriksson ja Autti-Rämö 2011).

3.2.3 Liikkumiskyvyn heikentyminen ja kipu

Liikkumiskykyyn vaikuttavia tekijöitä voivat olla esimerkiksi sairaudet, elintavat, fyysinen työkuormitus tai psykososiaaliset tekijät. Liikkumiskyvyn ongelmat heijastuvat moniin elämän alueisiin. Liikkumisongelmat rajoittavat mahdollisuuksia osallistua arkisiin askareisiin ja harrastuksiin ja siten heikentävät elämänlaatua. Vakavat liikkumisrajoitteet lisäävät ulkopuolisen avun tarvetta vaarantaen mahdollisuuden itsenäiseen elämiseen.

Terveys 2000 -tutkimuksen analyysit osoittivat, että miehillä diabetes, työn fyysinen kuormittavuus, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, lihavuus ja tupakointi olivat tärkeitä liikkumisrajoitteiden koulutusryhmien välisten erojen selittäjiä. Naisilla puolestaan merkittävin yksittäinen eroja selittävä tekijä oli lihavuus. Myös fyysinen työkuormitus, polven ja lonkan nivelrikko sekä verenkiertoelimistön sairaudet olivat tärkeitä selittäjiä (THL 2015 c).

Akuutti kipu on alle kuukauden kestänyttä kipua, sub-akuutti kipu tarkoittaa 1–3 kuukautta kestänyttä kipua ja pitkäkestoinen kipu kestää yli 3 kuukautta. Euroopassa noin viidesosa aikuista kärsii vähintään 6 kuukautta kestäneestä kivusta ja näistä pitkäkestoisista kivuista suurin osa johtuu tuki- ja liikuntaelinsairauksista. Kivun hoidon tavoitteena on lievittää kipua, parantaa toimintakykyä ja kohentaa elämänlaatua. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä ovat muun muassa liikunta, terapeutin harjoittelu, kognitiivis-behavioraalinen terapia ja fysikaaliset hoidot (Mäntyselkä, Haanpää, Hagelberg, Helin-Salmivaara, Kokki, Komulainen, Pohjolainen, Saikkonen & Salanterä 2016).

3.2.4 Elämänlaadun ja mielenterveyden heikentyminen

Terveysteen liittyvä elämänlaatu on ihmisen arvio omasta fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnistaan ja toimintakyvystään sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. Väestötasolla huono terveyteen liittyvä elämänlaatu on huomattu olevan yhteydessä terveyspalvelujen käyttöön, sairastavuuteen ja kuolleisuuteen. Ihmisen kokemus terveyteensä liittyvästä elämänlaadusta vaikuttaa hänen selviytymiseensä terveenä tai sairana ja mahdollisimman hyvän terveyteen liittyvän elämänlaadun saavuttaminen onkin tärkeää. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää väestöryhmiin, joille on kasautunut terveyttä ja elämänlaatua uhkaavia riskitekijöitä. Naisilla on todettu miehiä huonompi terveyteen liittyvä elämänlaatu ja tutkimuksissa sitä on selittänyt miehiä huonompi tulotaso ja siviilisääty naisten ollessa miehiä useammin eronneita, leskiä tai yksin asuvia. Naimisissa olevien terveyteen liittyvä elämänlaatu on huomattu olevan parempi kuin naimattomien tai eronneiden (Saharinen 2013). Ala-Kauhaluoman ja Laurilan MS-tautia sairastavat suomalaiset -työssä selviytyminen ja kuntoutus tutkimuksen mukaan työmarkkinoilta poistumisen seurauksena on elämänlaadun huonontuminen sekä sosiaalisen verkon kaatuminen. Terveystila ja työkyky koetaan huonommaksi kuin terveellä vertailuryhmällä. Vain 55% 20-64-vuotiaista suomalaisista koki elämänlaatunsa hyväksi vuonna 2015 (Sotkanet).

Saharisen (2013) tutkimuksessa kerrotaan, että mielenterveyden heikkenemisen on todettu olevan yhteydessä väestön alentuneeseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun ja terveyskäyttäytymiseen. Terveysteen liittyvää elämänlaatua heikentävät perussairauden oireet, kuten erilaiset kivut, uupuminen, univaikeudet, seksuaaliseen aktiivisuuteen liittyvät ongelmat ja liikkumisvaikeudet. Pitkäaikaisten somaattisten sairauksien on todettu heikentävän terveyteen liittyvää elämänlaatua heikentäessään psyykkistä ja fyysistä terveyteen liittyvää elämänlaatua ja päivittäisiä toimintoja. Suomalaisessa väestötutkimuksessa tuki- ja liikuntaelinten sairaudet heikensivät laajimmin terveyteen liittyvää elämänlaatua, seuraavina tulivat ahdistuneisuus ja depressiiviset häiriöt myös sepelvaltimotaudin on todettu heikentävän varsinkin naisten terveyteen liittyvää elämänlaatua. Yleisväestötutkimuksissa lihavuus on ollut yhteydessä alentuneeseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun sekä miehillä että naisilla ja psyykkisistä sairauksista kärsivien ihmisten terveyteen liittyvä elämänlaatu on huono kaikilla terveyteen liittyvän elämänlaadun fyysisillä, psyykkisillä ja sosiaalisilla ulottuvuuksilla verrattuna terveisiin. Tutkimuksissa on todettu myös alkoholin liikakäytön, huonon taloudellisen tilanteen ja alentuneen työkyvyn olevan yhteydessä huonoon terveyteen liittyvään elämänlaatuun.

Pitkäaikaissairailla esiintyy huomattavasti enemmän mielenterveydenongelmia kuin muulla väestöllä esimerkiksi sydänsairailla ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta on kolminkertaisesti valtaväestöön verrattuna. Tutkimusten mukaan mielenterveyden ongelmat ovat yhteydessä vähäiseen itsehoitoon, sydänoireiden määrän nousuun, terveyspalvelujen lisääntyneeseen käyttöön ja heikompiin hoitotuloksiin. Psykologisen tietotaidon avulla potilaita voitaisiin tukea heidän sopeutumisessaan sairausdiagnoosiinsa ja elämään pitkäaikaissairautensa kanssa. Masennuksen ja ahdistuneisuuden varhainen tunnistaminen ja hoito parantavat potilaan mahdollisuuksia ja motivaatiota toteuttaa itsehoito-ohjelmia ja elämäntapamuutoksia (Kokkonen & Wallace 2015).

Suominen, Kronqvist, Karjalainen, Husman, Katila-Keso ja Haanpää (2013) saivat tutkimuksessaan johtaako masennuksen huono hoito eläkkeelle yllättäviä tuloksia. Vastoin ennakko-odotuksia, tulokset eivät oleellisesti poikenneet Suomessa lähes 10 ja 20 vuotta sitten tehdyistä vastaavista tutkimuksista, vaikka Suomessa on kiinnitetty runsaasti huomiota depression varhaiseen tunnistamiseen ja asianmukaiseen hoitoon sekä käynnistetty useita toimia masennusperäisen työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi viime vuosina. Tutkimuksen tuloksena on, että eläke-etuuksia hakevat potilaat saavat edelleen varsin vähäistä hoitoa masennustilaansa, vaikka masennustila on sekä kansanterveydellisesti että kansantaloudellisesti merkittävä ongelma. Suomalaisista työssä käyvistä ihmisistä noin 6% sairastaa vuosittain masennusta. Masennus on yleisin yksittäinen työkyvyttömyyttä aiheuttava sairaus sekä miehillä että naisilla heikentäessään toiminta- ja työkykyä. Masennuksen aiheuttamat työkyvyttömyyseläkkeet ovat 1990-luvun loppupuolelta alkaen merkittävästi lisääntyneet aina viime vuosiin asti. Masennustilan asianmukainen ja tehokas hoito näyttää olevan huomattava haaste ja sitä tulisikin huomattavasti aktivoida ja varhenta sekä harkita ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteitä eläkkeen sijasta. Masennuksen hoidossa tulisi huomioida, että työ ja opiskelu tukevat mielenterveyttä tuomalla rakennetta ja mielekkyyttä arkipäivään sekä ylläpitämällä sosiaalisia kontakteja. Hoidon ja kuntoutuksen tulisi olla erittäin aktiivista, ripeää ja moniammatillista, sillä masennus on hoidettavissa oleva sairaus ja valtaosa potilaista hyötyy hoidosta. Depression Käypä hoito -suosituksessakin todetaan, että jos tarvitaan sairauspoissaoloa, tarvitaan myös aktiivista hoitoa.

Masennusoireet kuten heikentynyt aloitekyky, väsymys ja vähentynyt itsearvostus vähentävät omatoimista liikkumista tai liikuntaryhmään hakeutumista ja masentuneen ihmisen kannustaminen liikunnan lisäämiseen onkin haastavaa. Vähäinen fyysinen aktiivisuus on monen pitkäaikaissairaalan ongelma, johon terveydenhuollossa pitäisi puuttua

kuten muihinkin sairauksien vaaratekijöihin. (Kujala, Kukkonen-Harjula & Tikkanen 2015). Tutkimukset ovat osoittaneet liikunnan vaikutusten terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämisen ja edistämisen menetelmänä olevan myönteisiä sekä fyysiseen että psyykkiseen terveyteen ja hyvinvointiin. Sen avulla voidaan ehkäistä useiden sairauksien kehittymistä ja niiden aiheuttamia toimintarajoituksia esimerkiksi sepelvaltimotaudin, diabeteksen ja selkäsairauden yhteydessä. Liikunnallisen kuntoutuksen sijasta voidaan puhua kuntoutusliikunnasta tai liikuntaharjoittelusta, mahdollisesti ohjatusta liikuntaharjoittelusta toimintakyvykuntoutukseen kuuluvana toimintamuotona. Onnistuessaan se voi tuottaa sellaisia oppimiskokemuksia, jotka johtavat myös pysyvien liikunta- tai harjoitustottumusten muodostumiseen (Järvikoski 2013).

3.3 Ryhmätoiminnan hyödyt pitkäaikaissairaana kuntoutumisessa

3.3.1 Elämänlaatu

Elämänlaatuun positiivisesti vaikuttaa stressittömyys, sairauden lievät oireet, työssä olominen ja korkea koulutus (Ala-Kauhaluoma ym. 2008). Kujalan, Kukkonen-Harjulan ja Tikkasen (2015) mukaan oikein toteutettu liikunta oikeina annoksina parantaa pitkäaikaissairaiden toimintakykyä ja elämänlaatua. Säännöllisellä kestävyysliikunnalla tai lihasvoimaharjoittelulla voidaan korjata kohonnutta verenpainetta, dyslipidemioita, häiriintynyttä glukoosiaineenvaihduntaa ja liiallista viskeraalisen rasvakudoksen määrää, jotka ovat valtimotaudin keskeisiä vaaratekijöitä. Liikuntaa on myös käytetty masennustilan hoidossa useiden vuosikymmenien ajan. Liikunta on usein ollut liikunta-alan tai terveydenhuollon ammattilaisen ohjaamaa, ryhmässä tapahtuvaa toimintaa, jolloin myös sosiaalisilla kontakteilla on ollut hyvä vaikutus mielialan nousuun. Liikuntaharjoittelun on todettu vähentävän depressiivisiä oireita jopa saman verran kuin lääkehoito tai psykoterapia. Pitkäaikaissairaille potilaalle pitäisi tehdä kokonaisvaltainen hoitosuunnitelma yhdessä hänen kanssaan. Pitkäaikaissairauksien liikuntahoidossakin tavoitteena on, että potilas alun neuvonnan ja ohjauksen jälkeen pystyy jatkamaan liikkumistaan omatoimisesti

3.3.2 Tieto ja vertaistuki

Kemppisen (2014) tutkimuksessa Ryhmän tuella työkokeiluun – osatyökykyisen työnhakijan kokemuksia Silta työhön – projektin ryhmävalmennuksesta tulosten perusteella ryhmävalmennuksen etuina suhteessa yksilölliseen ohjaukseen voidaan nähdä sen tar-

joama mahdollisuus kokemusten jakamiseen ja vertaistukeen. Työelämään liittyvien sosiaalisten taitojen sekä osallisuuden kokemuksen kannalta ryhmäpäivät näyttäytyvät merkityksellisinä. Heinosen (2011) toiminnallisten ohjausmenetelmien vaikutus liikuntatavoitteiden asettamiseen tyypin 2 diabeetikoiden kuntoutuskurssilla tutkimuksen tulosten mukaan toiminnalliset menetelmät eivät vaikuta kuntoutujan liikuntatavoitteiden määrään vaan, että toiminnalliset menetelmät suuntaisivat kuntoutuja huomion liikunnan laadullisiin muutoksiin määrällisten muutostavoitteiden sijaan. Tolosen (2011) Ruokaa mielelle – ratkaisukeskeinen ryhmäohjelma masennuksesta toipuvien mielenterveyskuntoutujien ravitsemusohjaukseen tutkimuksessa ohjelma näytti tukeneen kolmea neljästä kuntoutujasta ainakin osin terveyttä edistävän ruokavalion ylläpitämisessä, tiedoissa ja taidoissa terveyttä edistävän ruokavalion ylläpitämisestä ja kohentamisesta sekä painonhallinnan taidoissa.

Kotanin ja Sakanin (2004) tutkimuksessa tukiryhmän vaikutuksesta 2 tyypin diabeteksen hoitoon saatiin tuloksia, jossa vuoden kuluttua ryhmän aloituksesta HbA1c arvo oli parantunut ryhmään osallistuneilla verrattuna ryhmään osallistumattomien arvoihin. Ryhmän aiheina oli muun muassa ruokavalio, liikunta, stressin hallinta ja diabeteksen komplikaatiot. Janssonin, Gunnarssonin, Björklundin, Brudinin ja Perseiuksen (2014) tutkimuksen mukaan ongelma lähtöinen itsehoitoryhmä auttaa ahdistuksen vähentämiseen yhtä paljon kuin kognitiivinen käyttäytymisterapia. Nuorille tarkoitetun National Service Framework ohjelman etuina on havaittu olevan nuorten sosiaalisten kontaktien ja sosiaalisen luottamuksen lisääntyminen, perheen parantunut viestintä ja suhteet sekä uusien taitojen omaksuminen. Alustavat tiedot osoittavat myös alentunutta terveystalvelujen käyttöä (Abbot, Cairns & Davies 2008).

3.3.3 Voimaantumisen

Palojärven (2009) vertaistuki voimaantumisen välineenä sosiaalityössä tutkimuksessa tuloksena oli, että ryhmän loppuvaiheessa naisten kokema vallan tunne omaan elämään lisääntyi. He kokivat voimaantumisen tuntemuksia ja ongelmiansa olevan hallinnassa. Tutkimuksen mukaan vertaistuen ja ammattiavun yhteistyöllä voidaan tuottaa osallisuutta ja voimaantumisen kokemuksia. Vertaistuen avulla naiset kokivat yksilöityneensä, jolloin he kykenivät tekemään elämässään muutoksia.

Routasalon, Airaksisen, Mäntyrannan ja Pitkälän (2009) katsauksessa kerrotaan muutoksesta, jossa asiantuntijalähtöinen hoitotyö muuttuu yhteistyökumppanuudeksi. Asian-

tuntija vahvistaa asiakkaan omahoitoa tukemalla voimaantumista, autonomiaa, motivaatiota ja pystyvyyden tunnetta tämän ratkoessa terveysongelmiaan ja tehdessään hoitopäätöksiä. Tuorila (2009) kirjoittaa laadukkaan ja ymmärrettävän tiedon olevan potilaan tärkeimpiä voimaannuttajia auttamalla potilasta osallistumaan hoitoonsa ja tekemään perusteltuja päätöksiä. Tiedon lisäksi hän kertoo käytännön toiminnan voimaannuttavan terveyspalveluissa potilasta. Halmeen (2015) tutkimuksessa aivoverenvuodon sairastaneiden henkilöiden voimaantuminen ja siihen yhteydessä olevat tekijät voimaantuminen biofysiologisella ja toiminnallisella ulottuvuudella koettiin jokseenkin hyväksi. Kokemuksellisella, eettisellä, sosiaalisella ja taloudellisella ulottuvuudella voimaantumista kaivattiin lisää. Voimaantumista edistävän tiedon saanti on tilastollisesti merkitsevästi positiivisesti yhteydessä SAV:n sairastaneiden henkilöiden elämänlaatuun ja hoitoon tyytyväisyyteen.

Pääkkösen (2014) Osattomuuden kokemuksista voimaantumiseen -voimaantumista edistävät tekijät Tilke-päivätoiminnassa nuorten kuvaamana tutkimuksessa nuoret ovat saaneet voimaantumisen kokemuksia. Voimaantumista edistäviä tekijöitä ovat tavoitteiden asettaminen ja motivoituminen muutokseen, toimintaympäristön vaikutus, arjen muutokset ja onnistumisen kokemukset sekä minäkäsityksen muutokset. Erityisesti elämänhallinnan vahvistuminen ja muiden nuorten tarjoama vertaistuki koettiin voimaannuttaviksi asioiksi.

Potilaan voimaannuttaminen on keskeinen tavoite potilasturvallisuuden edistämisessä. Potilasohjaus on hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen perustuvaa, potilaan ja hoitohenkilöstön vuorovaikutuksessa rakentuvaa, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on asianmukaisin resurssein toteutettua, riittävää ja vaikuttavaa. Ohjauksen laatuun vaikuttavat henkilöstön tiedot, taidot ja asenteet sekä ohjaukseen käytetty aika ja menetelmät. Ohjauksella tuetaan potilasta kantamaan enemmän vastuuta omasta toipumisestaan ja pyrkimään mahdollisimman hyvään itsehoitoon. Ohjaus tukee potilaan omien voimavarojen käyttöönottoa ja lisää potilaan aktiivisuutta terveytensä edistämisessä (STM 2009).

3.3.4 Osallisuus ja yksinäisyyden lievittyminen

Janssonin (2012) psykososiaalisen ryhmätoiminnan yhteys iäkkäiden ihmisten yksinäisyyden lievittymiseen ja ystävystymiseen tutkimusten tulosten mukaan 86% tutkittavista koki yksinäisyyden tunteen lievittyneen Ystäväpiiriryhmätoiminnan aikana. Tunne jatkui myös ryhmätoiminnan jälkeen. Uotilan (2011) tutkimuksessa iäkkäät ihmiset itse liittyivät

yksinäisyyden tunteita aiheuttaviksi asioiksi sosiaalisten suhteiden vähentymisen ja terveyden sekä fyysisen toimintakyvyn heikentymisen. Pitkälä ja Routasalo (2015) kirjoittavat ryhmästä olevan apua ikäihmisen yksinäisyyteen ja ikääntyneet hyötyisivätkin tavoitteellisesta ja osallistavasta sosiaalisesta toiminnasta.

3.3.5 Motivaatio

Oman kuntoutumisen ja työhön paluun kannalta yksi ratkaisevimmista tekijöistä on sairaan oma motivaatio. Sairaalla täytyy olla itsellä halu yrittää, siksi olisikin tärkeää, että työhön paluuta yritetään riittävän varhaisessa vaiheessa, jolloin motivaatiota on vielä jäljellä. Oikean ajoituksen lisäksi tärkeää motivaation herättämisessä on oikeanlainen työhön paluun markkinointi ja lempeä pakotus. Motivaation ylläpitämisessä on tärkeä seikka se mihin työhön palaa. Vanhaan tuttuun työhön palaaminen koetaan usein helpompana. Motivaatioon vaikuttaa myös se, kuinka leimaavana sairaus koetaan. Onnistunut työhön paluu voi vaatia monia työkokeiluja ja koulutusta. Se vaatii sinnikkyyttä ja uskoa itsen (Saari 2012).

3.4 Kroonisen sairauden itsehoito-ohjelman (CDSMP) hyödyt pitkäaikaissairaankuntoutumisessa

Kroonisen sairauden itsehoito-ohjelman arviointi ikääntyneille Hong Kongissa tutkimuksen mukaan interventoryhmään osallistuneilla oli parannuksia itsensä käyttäytymisen johtamisessa, tehokkuudessa ja fyysisissä, psyykkisissä sekä sosiaalisissa terveystuloksissa (Chan, Hui, Chan, Cheung, Wong, Wong, Li, & Woo 2011). Laadullinen arviointi kroonisten sairauksien itsehoito-ohjelmasta Shanghaissa tutkimuksen mukaan haastateltavat havaitsivat itsehoito-ohjelman parantaneen tietoja itsensä johtamistaidoista, positiivista terveyskäyttäytymistä, itseluottamusta, terveydentilaa ja elämänlaatua.

Tutkimusten mukaan CDSMP näyttää olevan tehokas osallistujille pääasiassa käyttäytymisen muutoksiin ja pystyvyyden kehittämiseen (Dongbo, Yongming, McGowan, & Hua, 2006 ja Farrell, Wicks & Martin 2004 sekä Griffiths, Motlib, Azad, Ramsay, Eldridge, Feder, Khanam, Munni, Garrett, Turner & Barlow 2005, Wu, Chang, Courtney, Kostner 2012). CDSMP-ryhmään osallistuneet osoittivat parannuksia terveyskäyttäytymisessä, terveydentilassa ja pystyvyydessä sekä 4 kuukauden että vuoden seurannassa (Lorig, Ritter & Jacquez 2005). Farrelin (2002) tutkimuksessa CDSMP paransi tehokkaasti itsehoitoa, pystyvyyttä, kognitiivista oireiden hallintaa ja koettua terveydentilaa. CDSMP-ryhmään osallistujat osoittivat huomattavasti korkeampaa pystyvyyttä sairau-

den hallinnassa kuin vertailuryhmä. He käyttivät enemmän kognitiivisia menetelmiä kivun ja oireiden hallinnassa kääntäen huomion kivusta pois ja olivat vertailuryhmää energisempiä (Siu, Chan, Poon, Chui & Chan 2007).

Sydämen vajaatoimintaa sairastavista kolme neljäsosaa koki hyötynensä CDSMP:sta heti ohjelman jälkeen ja myös 12 kuukauden kuluttua ohjelmasta (Smeulders, van Haastregt, Janssen-Boyne, Stoffers, van Eijk & Kempen 2009). Bradyn, Murphyn, O`Colmainin, Beauchesnen, Danielsin, Greenbergin, Housen ja Chervinin (2013) meta-analyysin mukaan pienissä englantia puhuvissa ryhmissä 4-6 kuukauden jälkeen CDSMP-ryhmään osallistumisesta oli parantunut merkittävästi aerobinen liikunta, kognitiivisten oireiden hallinta ja yhteydenpito lääkärin kanssa. 9-12 kuukauden seurannassa aerobinen liikunta ja kognitiivisten oireiden hallinta oli yhä merkittävästi parantunut. Myös venyttely oli parantunut merkittävästi. Psykyinen terveys oli parantunut merkittävästi sekä 4-6 kuukauden että 9-12 kuukauden seurannassa. Energia, väsymys ja koettu terveys osoittivat pientä, mutta merkittävää parantumista 4-6 kuukauden seurassa, mutta ei enää 9-12 kuukauden seurannassa. Johtopäätöksenä on, että CDSMP tuottaa terveyshyötyjä osallistujille ja on arvokas osa kroonisten sairauksien hoidon strategiaa.

CDSMP-ryhmään osallistuneilla oli merkittäviä tuloksia energian, liikunnan, oireiden hallinnan, pystyvyyden, yleisen terveydentilan, kivun ja väsymyksen aihealueilla. Tutkimuksen yhteenvetona CDSMP ohjelmia voidaan toteuttaa onnistuneesti kulttuurisesti ja kielellisesti monipuolisen väestön Australiassa (Swerissen, Belfrage, Weeks, Jordan, Walker, Furler, McAvoy, Carter & Peterson 2006). Internet-pohjainen CDSMP on osoittautunut tehokkaaksi terveyden parantamisessa vuoden seurannassa (Lorig, Ritter, Laurent & Plant 2006). Näkyvin käyttäytymisen muutos oli liikunnassa, muita hyviä vaikutuksia oli parantuneessa sosiaalisessa yhteydenpidossa ja parempien selviytymiskeinojen käytössä (Johnston, Irving, Mill, Rowan & Liddy 2012).

Monidiagnoosinen ryhmä koki saavansa CDSMP ryhmän myötä merkittävästi elinvoimaa, terveyteen liittyvää elämänlaatua ja henkistä hyvinvointia. Suurimman hyödyn sai potilaat, joilla on useita fyysisiä oireita ja todennäköisesti masennusta (Harrison, Reeves, Harkness, Valderas, Kennedy, Rogers, Hann & Bower 2012). Syövän sairastaneilla CDSMP ryhmän käyneillä yleinen terveydentila, masennus ja uni parantuivat huomattavasti lähtötilanteesta 6 kuukauden seurannassa ja muutokset pysyivät 12 kuukauden seurantaan. Kommunikointi lääkärin kanssa, lääkityksen noudattaminen, kipu, fyysinen terveys, mielenterveys ja liikunnan harrastaminen parantuivat myös merkittävästi lähtötilanteesta 12 kuukauden seurannassa. Tutkimuksen mukaan löydökset viittaavat siihen,

että osallistuminen CDSMP, näyttöön perustuvan kroonisten sairauksien omahoito interventioon voi merkittävästi parantaa fyysistä ja psykososiaalista terveydentilaa syövän sairastaneilla ja sitä olisi pidettävä arvokkaana osana hoitoa (Salvatore, SangNam, Luohua, Lorig, Ory, Ahn, Jiang, Luohua 2015). CDSMP-ryhmään osallistuneilla suolistosairaila ahdistus oli vähentynyt ja terveyteen liittyvä elämänlaatu parantunut (McDonnell, Forry, Wilson, Raghallaigh, J; Kelly & Patchett, Ruane 2014).

Kroonisten sairauksien itsehoidon ohjelman esittely Sveitsissä ja muissa saksankielisissä maissa: havainnot rajat ylittävästä sopeutumisesta käyttäen usean menetelmän lähestymistapaa tutkimuksen tulosten perusteella näyttää siltä, että prosessi rajat ylittävästä sopeutumisesta oli tehokas, ja että CDSMP voidaan menestyksellisesti implementoida monipuolisiin terveydenhuollon ja yhteisön puitteisiin. CDSMP:lla voisi olla mielekäs, laaja-alainen vaikutus kroonisen sairauden hoitoon ja primaaripreventioon sekä mahdollisesti kolmannen asteen sairauksien ehkäisyyn (Haslbeck, Zanoni, Hartung, Klein, Gabriel, Eicher, & Schulz 2015).

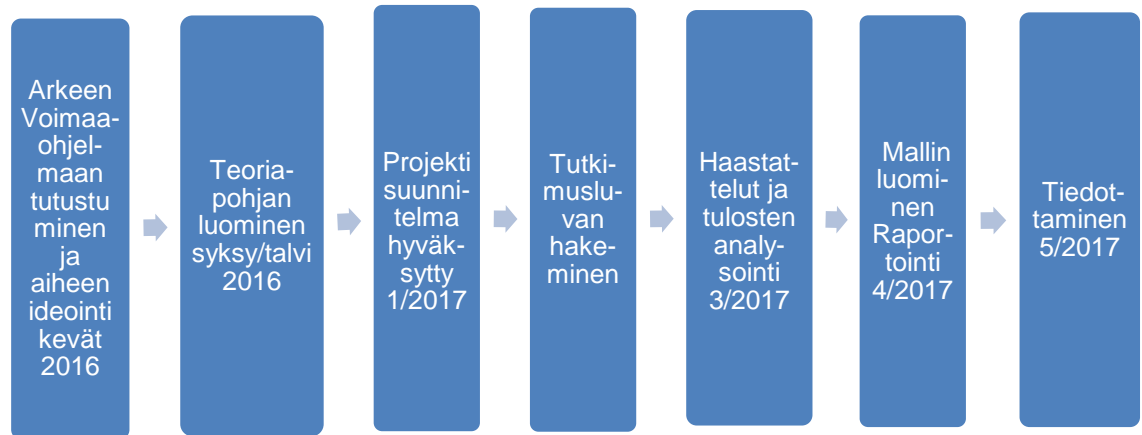
4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

4.1 Kehittämiprojektin etenemisen vaiheet

Kehittämiprojekti käynnistyi keväällä 2016 aiheen valinnalla ja rajaamisella. Aihetta käsiteltiin ohjausryhmässä. Projektipäällikkö tutustui keväällä 2016 Arkeen Voimaa-ryhmään ja sen toimintaan. Aiheen kirjallisuuteen tutustuminen ja teoriapohjan kerääminen tapahtuivat syksyn ja talven 2016 aikana. Projektisuunnitelma hyväksyttiin tammikuussa 2017 ja sen jälkeen haettiin tutkimuslupaa Turun kaupungin hyvinvointipalvelujohtajalta. Tutkimussuunnitelmaan tehtiin kaksi selvennöstä helmikuussa 2017 ja se toimitettiin uuden tutkimuslupahakemuksen kanssa hyväksyttäväksi Turun kaupungin hyvinvointitoimialan tutkimuspäällikölle. Kehittämiprojektin eri vaiheita on esitetty seminaareissa Turun ammattikorkeakoulussa kehittämiprojektin ajan ohjausryhmälle ja ohjausryhmien kokouksissa kehittämiprojektia on viety eteenpäin. Projektipäällikkö on saanut myös ohjaavalta opettajalta ohjausta kehittämiprojektin raportointiin.

Arkeen Voimaa-ohjelman aluekoordinaattorit ovat olleet tietoisia tulevasta tutkimuksesta heidän marraskuun 2016 yhteisestä kokouksesta lähtien ja heille toimitettiin tutkimustiedote (Liite 1) tutkimuksesta. Heidän välityksellään tieto tutkimuksesta on mennyt myös halukkaille tutkimukseen osallistujille. Tutkimukseen halukkaat osallistujat toimittivat projektipäällikölle yhteystietonsa helmikuussa 2017 sähköpostitse ja projektipäällikkö laitoi heille postitse saatekirjeen (Liite 2) ja tietoinen suostumus haastateltavaksi lomakkeen helmikuussa 2017. Projektipäällikkö sai kymmenen kirjallista suostumusta haastateltavaksi takaisin palautuskuoressa postitse. Maaliskuussa 2017 projektipäällikkö aloitti haastattelut. Hän soitti haastateltaville ja sopi haastatteluajankohdan. Haastatteluita projektipäällikkö teki reilun viikon ajan ja haastattelun jälkeen hän litteroi samana päivänä haastattelun ja tulosti litteroinnin. Kaikkien haastatteluiden litteroinnin jälkeen projektipäällikkö aloitti haastatteluiden sisällön analyysin ja kehittämisraportin kirjoittamisen. Kehittämiprojekti raportoidaan huhtikuussa 2017. Kehittämiprojektin tuloksista ja Arkeen Voimaa-ryhmä kuntoutumisen tukena mallista tiedotetaan toukokuussa 2017 Arkeen Voimaa-ohjelman yhteispäivillä sekä Turun ammattikorkeakoulun alueseminaarissa (Kuvio 1.)

Kuvio 1. Kehittämishankkeen etenemisen vaiheet.



4.2 Projektiorganisaatio

Projektipäällikkö ideoi projektin, tekee alustavia tavoitteita ja päämäärien hahmottelua, suunnittelee projektin tehtäviä ja projektiorganisaation kokoonpanoa, tekee alustavan projektisuunnitelman, kokoaa projektiorganisaation ja hankkii mahdollisen rahoituksen. Projektiin tehdään hyvä projektisuunnitelma, joka sisältää projektin tavoitteet, projektiryhmän, toteutussuunnitelman, budjetin ja ohjaussuunnitelman ja riskianalyysin. Projektipäällikkö johtaa projektiryhmää alun ideointivaiheesta, kokeilu- ja toteuttamisvaiheeseen ja siitä päättämisen- ja vaikuttavuudenarviointivaiheen kautta käyttöönottovaiheeseen (Paasivaara, Suhonen & Virtanen 2011, 82-88). Projektipäällikön rooliin kuuluu ryhmän koordinointi ja ohjaaminen oikeaan suuntaan, ristiriitojen hallinta, ryhmän edustaminen, neuvottelemineen, ryhmän identiteetin luominen, ryhmän tukeminen, ongelmien selvittäminen sekä muutoksen ennakointi, johtaminen ja vaikuttaminen (Paasivaara ym. 2011, 114).

Viirakorpi (2000, 20) kirjoittaa projektin elinehdon olevan hyvä vuorovaikutus eri tahojen ja toimijoiden kanssa. Kiinnostuksen herättäminen, kannatuksen saavuttaminen, voimavarojen hankkiminen, hyödyllisten osallistujien mukaan saaminen ja tulosten levittäminen edellyttää aktiivista tiedonvaihtoa koko projektin ajan. Hankkeella on selkeä ja toimiva johtamismalli ja organisaatio. Osapuolten roolit ja vastuut sekä seuranta- ja raportointijärjestelmä ovat selkeät ja perustuvat aitoon yhteistyöhön ja osallistumiseen (Silfverberg 2005, 7).

Tässä projektissa ohjausryhmään kuului ohjaava opettaja ja työelämämentorit Arkeen Voimaa -ohjelman aluekoordinaattori ja vertaisohjaaja sekä kuusi Arkeen Voimaa-ohjelman muissa projekteissa projektipäällikköinä toimivaa opiskelijaa. Projektipäällikkönä toimi ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelija. Projektiryhmään kuului projektipäällikkö sekä Arkeen Voimaa-ohjelman aluekoordinaattori. Arkeen Voimaa-ohjelman kumppani-kaupunkien aluekoordinaattorit osallistuivat tiedottamiseen haastattelututkimuksesta.

5 SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN OSIO

Tutkimuksen soveltavan osan eli haastattelututkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, mikä on aktivoinut Arkeen Voimaa-ryhmään osallistuneen pitkäaikaissairaahan työhön, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan ja mitkä asiat ovat edistäneet tai haitanneet aktivoitumista. Tavoitteena oli myös tuottaa tietoa siitä, onko Arkeen Voimaa-ryhmällä ollut osuutta aktivoitumiseen ja jos on ollut, niin minkälainen osuus.

Tutkimuskysymyksiä ovat:

- Mikä aktivoi pitkäaikaissairaahan ArVo-ryhmään osallistuneen työhön, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan?
- Minkälainen osuus ArVo-ryhmällä on ollut aktivoitumiseen?

5.1 Tutkimuskohde

Haastateltavien valinnassa täytyy muistaa mitä ollaan tutkimassa, koska haastateltavilla täytyy olla omakohtaista kokemusta tutkittavasta asiasta (Vilkka 2005, 114). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei aineiston koolla ole merkitystä, koska siinä ei etsitä tilastollisia säännönmukaisuuksia vaan on tarkoitus ymmärtää tutkimuskohdetta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 179). Yleensä tutkimukseen osallistuvien määrä on pieni, muutamista henkilöistä muutamiin kymmeniin henkilöihin (Janhonen & Nikkonen 2001, 127).

Arkeen Voimaa aluekoordinaattorit ympäri Suomea tiedottivat alueillaan Arkeen Voimaa-ryhmään osallistuneen pitkäaikaissairaahan aktivoituminen työhön, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan tutkimuksesta ja pitkäaikaissairaahan, jotka halusivat osallistua tutkimukseen, toimittivat yhteystietonsa projektipäällikölle. Projektipäällikkö lähetti heille saatekirjeen ja tietoinen suostumus haastateltavaksi lomakkeen varmistuen vielä heidän halukkuutensa osallistua tutkimukseen. Tutkimuksessa haastateltiin kymmentä (n=10) Arkeen Voimaa-ryhmään osallistunutta pitkäaikaissairasta, jotka ovat ryhmän jälkeen aktivoituneet työhön, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan.

5.2 Teemahaastattelu

Menetelmä on sääntöjen ohjaama menettelytapa, jonka avulla etsitään tietoa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 183). Tämän tutkimuksen menetelmänä on teemahaastattelu, koska yksilöhaastattelu soveltuu henkilön omakohtaisten kokemusten tutkimiseen (Vilkkä 2005, 101) ja, koska haastattelussa on tarkoitus saada mahdollisimman paljon tietoa aiheesta (Tuomi 2002, 75). On tärkeää, että haastateltavalla on omakohtainen kokemus asiasta (Vilkkä 2005, 114). Teemahaastattelussa tutkimusongelmasta poimitaan keskeiset aiheet tai teema-alueet, joita tutkimushaastattelussa olisi välttämätöntä tutkimusongelmaan vastaamiseksi käsitellä (Vilkkä 2005, 101). Kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 208) ja haastattelut etenevät haastateltavien ja tilanteen ehdoilla vaihtelevassa järjestyksessä (Kylmä & Juvakka 2012, 79). Tarkoituksena on löytää tai paljastaa tosiasioita (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 161) ja apukysymyksien listaaminen saattaa auttaa jäsentämään haastattelutilannetta ja pitämään haastattelun oikeassa suunnassa (Kylmä & Juvakka 2012, 80).

Tutkimus on kokonaisvaltaista tiedonhankintaa, jossa kohdejoukko on tarkoituksenmukaisesti valittu (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 164). Jos haastateltavien valinta on onnistunut ja päätös osallistumisesta haastatteluun tehty jo aiemmin ovat ihmiset yleensä halukkaita kertomaan kokemuksistaan. Jos haastattelija onnistuu luomaan turvallisen ja luottamuksellisen ilmapiirin on teemahaastattelulla kaikki mahdollisuudet onnistua (Kylmä & Juvakka 2012, 80). Haastattelun etuna on joustavuus, sillä haastattelija voi toistaa kysymyksen, oikaista väärinkäsityksen, selventää ilmausten sanamuotoja ja käydä keskustelua haastateltavan kanssa (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75).

Puhelinhaastattelun etuina on se, ettei haastattelijan tarvitse matkustaa aineistonkeruun vuoksi eikä haastattelusta koidu matkakustannuksia. Tämä mahdollistaa useiden haastatteluiden tekemisen päivän aikana. Ongelmana puhelinhaastattelussa on se, ettei nähdä sanatonta viestintää, mikä voi lisätä tulkintavirheitä (Kylmä & Juvakka 2012, 89).

Teemahaastattelurunko (Liite 3) luotiin tutkimuskysymysten ja kirjallisuuden perusteella. Koska tutkimuksessa haluttiin selvittää mikä aktivoi pitkäaikaissairaahan työhön, opiskele-

maan tai muuhun mielekkääseen toimintaan, tuli selvittää heidän elämässään tapahtunut muutos. Haluttiin myös selvittää, oliko Arkeen Voimaa-ryhmällä osuutta aktivoitumiseen ja siksi haluttiin selvittää terveydentila ja elämäntilanne ennen ja jälkeen Arkeen Voimaa-ryhmään osallistumista. Teemahaastattelun ensimmäinen teema koski terveydentilaa ja elämäntilannetta ennen Arkeen Voimaa-ryhmään osallistumista. Toinen teema oli terveydentila ja elämäntilanne Arkeen Voimaa-ryhmän jälkeen.

Kirjallisuuden mukaan joka kymmenes suomalainen aikuinen on yksinäinen ja ystävien puute lisää syrjäytymisriskiä. Työstä poissaolon pitkittyessä vuodeksi on työhön palaajia enää neljännes ja lausunto pysyvästä työkyvyttömyyseläkkeestä voi edistää syrjäytymistä (Lind, Tuulio-Hendriksson ja Autti-Rämö 2011). Syrjäytymisellä tarkoitetaan yhteisöllisen toiminnan ulkopuolelle jäämistä ja usein siihen liittyy sosiaalista, taloudellista ja terveydellistä osattomuutta ja eriarvoisuutta. Myös heikko elämänlaatu lisää osattomuuden kokemuksia. Nämä asiat liittyvät pitkäaikaissairaisiin ja työkyvyttömyyteen, joten haluttiin myös selvittää pitkäaikaissairaiden kokemusta yksinäisyydestä teemassa kolme.

Neljäs teema tuli tutkimuskysymyksestä eli mikä aktivoi pitkäaikaissairaahan työhön, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan. Teemassa haluttiin selvittää mikä tai mitkä asiat vaikuttivat aktivoitumiseen. Tutkimusten mukaan CDSMP eli ohjelma mihin Arkeen Voimaa-ryhmä perustuu näyttää olevan tehokas osallistujille muun muassa käyttäytymisen muutoksiin ja pystyvyyden kehittämiseen (Dongbo, Yongming, McGowan, & Hua, 2006 ja Farrell, Wicks & Martin 2004 sekä Griffiths, Motlib, Azad, Ramsay, Eldridge, Feder, Khanam, Munni, Garrett, Turner & Barlow 2005, Wu, Chang, Courtney, Kostner, Wu, Chang, Courtney, Kostner), joten teemassa viisi haluttiin selvittää min-käläinen vaikutus Arkeen Voimaa-ryhmällä ja -ohjelmalla oli Arkeen Voimaa-ryhmän käyneiden pitkäaikaissairaiden aktivoitumiseen.

Pitkäaikaissairaus tuo usein mukanaan erilaisia haittoja, kuten taloudellista haittaa, yksinäisyyttä, osattomuutta, syrjäytymistä, liikkumiskyvyn ja mielenterveyden heikkene- mistä sekä kipua. Haitta voisi olla myös työnantaja tai terveystalvelujärjestelmä lähtöi- nen ongelma. Teemassa kuusi haluttiin selvittää sitä mikä haittasi pitkäaikaissairaiden aktivoitumista työhön, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan.

Teemassa seitsemän haluttiin selvittää sitä, mikä hyöty aktivoitumisesta oli saatu pitkä- aikaissairaiden elämään, joten kysyttiin sen hetkistä arkipärijäämistä.

5.3 Aineistonkeruu

Teemahaastattelua tehdessä tulee varautua puheliaisiin ja niukkasanaisiin haastateltaviin ja siihen, että haastattelu voi kestää tunnista kahteenkin. Haastattelua tehdessä tulee huomioida haastattelun ajankohdasta sopiminen, keskustelun avaukset, kysyminen ja dialogin ohjailu (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2015, 211).

Tutkittaville kerrottiin tutkimuksesta ja siitä, että osallistuminen on vapaaehtoista eikä osallistumatta jättäminen vaikuta mihinkään haastateltavaa koskevaan asiaan sekä pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen. Projektipäällikkö soitti haastateltaville ja sopi haastatteluajankohdan.

Haastattelut projektipäällikkö teki kotonaan rauhallisessa tilassa ilman taustahäiriöitä. Puheluiden alussa projektipäällikkö pyysi haastateltavilta lupaa puhelun nauhoittamiseen ja kaikissa haastatteluissa saatiin lupa nauhoitukseen. Nauhoitus tapahtui puhelimesta olevan sovelluksen kautta sekä varmuusnauhoituksena iPad- laitteen muistiin. Yhdessä haastattelussa varanauhoitus lakkasi toimimasta, joten projektipäällikkö teki myös käsin muistiinpanoja. Projektipäällikkö litteroi keskimäärin 23 minuuttia kestäneet haastattelut heti samana päivänä haastattelun jälkeen sanasta sanaan ja tulosti myös litteroinnit. Projektipäällikkö poisti nauhoituksen Ipad-laitteesta tämän jälkeen, etteivät haastattelut päädy muiden kuultavaksi. Haastattelut analysoitiin tarkasti sisällön analyysin mukaan.

5.4 Analyysimenetelmä

Sisällönanalyysin avulla analysoidaan kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota ja sen avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä (Janhonen & Nikkanen 2001, 21). Sisällönanalyysissä kerätty tietoaineisto tiivistetään niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeästi esille (Janhonen & Nikkanen 2001, 23). Kun tutkimusaineisto on kerätty, se pitää muuttaa tutkittavaan muotoon. Haastattelussa aineisto muutetaan tekstimuotoon eli litteroidaan. Litterointi helpottaa aineiston järjestelmällistä läpikäyntiä sekä aineiston ryhmittelyä ja luokittelua (Vilka 2005, 115).

Aineistolähtöisessä sisällön analyysissä tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta jonkinlainen toiminnan logiikka tai tyypillinen kertomus. Tutkija päättää aineiston keräämi-

sen jälkeen ennen analyysiä mistä toiminnan logiikkaa tai tyypillistä kertomusta lähdetään etsimään. Tutkija aloittaa tutkimusaineiston pelkistämisen karsimalla tutkimusongelman kannalta epäolennaisen tiedon hävittämättä tärkeää tietoa. Tämän jälkeen tutkija tutkimusongelman ohjaamana tiivistää tutkimustiedon tai pilkkoo sen osiin. Sitä seuraa uuden kokonaisuuden ryhmittely, joka tehdään sen mukaan mitä tutkimusaineistosta ollaan etsimässä. Tutkimuksen tuloksena ryhmittelyistä muodostuu käsitteitä, luokitteluja tai teoreettinen malli (Vilkkä 2005, 140 ja Tuomi & Sarajärvi 2002, 110-115).

Tässä tutkimuksessa litteroinnin jälkeen haastattelut luettiin haastattelu kerrallaan ja sen jälkeen jokainen kysymys kerrallaan. Haastatteluihin tehtiin alleviivauksia ja merkintöjä. Haastatteluista kerättiin kyselyn teemojen alle sanoja, joista alkoi muodostua vastauksia teemoihin eli teksteistä etsittiin yhteneväisyyksiä teemojen alle. Yhteneväisyyksistä muodostui luokkia ja niiden pohjalta rakennettiin malli Arkeen Voimaa-ohjelman merkityksestä pitkäaikaissairaahan aktivoitumisessa.

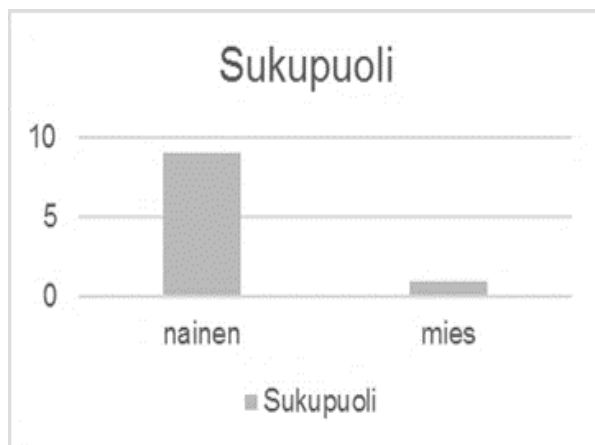
Ensimmäisen teeman alle tuli selkeästi kuusi luokkaa, jotka olivat: huono terveydentila, työssä ennen sairastumista tai sairauden pahentumista ja sairastumisen jälkeinen tilanne työn suhteen, mieliala, sosiaaliset suhteet sekä sairaudenkehä. Toiseen teemaan tuli luokkia neljä; terveydentila, mieliala, tilanne työelämän/opiskelun suhteen ja vapaaehtoistyö. Kolmannessa teemassa luokat olivat: ei yksinäisyyden kokemuksia, yksinäisyyden kokemukset haastattelun hetkellä ja yksinäisyyden kokemukset aiemmin elämässä. Neljänteen teemaan luokkia syntyi viisi: halu tehdä jotakin, halu kuulua ryhmään, vapaaehtoistyö, Arkeen Voimaa-ohjelma ja muut tuet. Viidennen teeman luokkia olivat; Arkeen Voimaa-ryhmä, Arkeen Voimaa-ohjelma, voimaantuminen, mieliala sekä toimitasuunnitelma. Sairaus, pelko ja ei haittaa lainkaan olivat kuudennen teeman luokat. Seitsemänteen teemaan tuli neljä luokkaa, jotka olivat hyvä arkipärvääminen, Arkeen Voimaa-ryhmän ja -ohjelman merkitys sekä sairaudenkehän katkeaminen.

6 TULOKSET

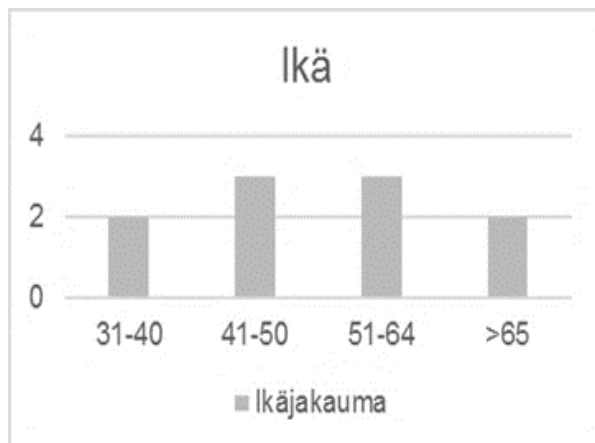
6.1 Taustatiedot

Tutkimukseen osallistui kymmenen (n=10) Arkeen Voimaa-ryhmän käynnyttä pitkäaikais-sairasta. Heistä yhdeksän oli naisia ja yksi mies (taulukko 1). Tutkimukseen osallistu-neista kolme oli 41-50 -vuotiaita ja 51-64 vuotiaita, kaksi oli 31-40 -vuotiaita ja 65-vuotta täyttäneitä oli myös kaksi (taulukko 2). Tutkimukseen osallistuneista seitsemän asui yk-sin ja kolme puolison kanssa (taulukko 3). Neljän osallistuneen ylin koulutusaste oli am-mattitutkinto, kolmella alempi korkeakoulu, kahdella ylempi korkeakoulu ja yhden ylin koulutusaste oli kansakoulu tai peruskoulu (taulukko 4).

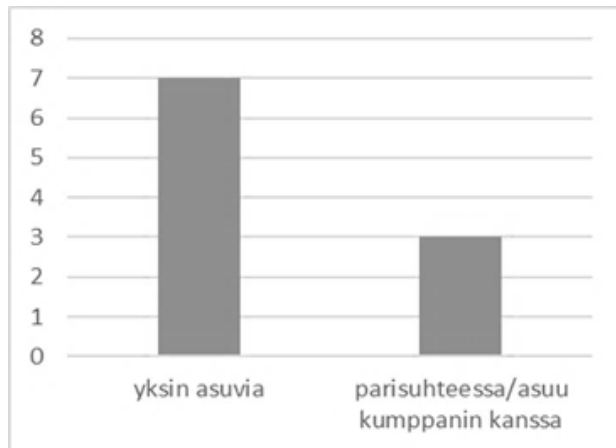
Taulukko 1. Sukupuoli.



Taulukko 2. Ikä.



Taulukko 3. Yksin asuvat/kumppanin kanssa asuvat.



Taulukko 4. Ylin koulutusaste.



6.2 Terveystila ja elämäntilanne

6.2.1 Terveystila ja elämäntilanne ennen Arkeen Voimaa-ryhmää

Kaikilla tutkimukseen osallistuneilla oli pitkäaikaissairaus esimerkiksi tuki- ja liikuntaelin-sairaus, fibromyalgia, masennus, syöpä tai epilepsia ennen Arkeen Voimaa-ryhmään osallistumista, osalla oli useampia sairauksia. Oireina sairauksista ja lääkityksistä oli muun muassa kipua, hengästymistä sekä väsymystä. Sairauksista ja oireista johtuen

kaikki kokivat terveytensä huonoksi tai kohtalaisen huonoksi ennen Arkeen Voimaa-ryhmään osallistumista. Joillakin vastaajista oli taustalla leikkauksia ja vuodeosastohoitoa. Terveystila rajoitti useimmilla fyysistä toimintaa kuten liikkumista ja istumista. Esimerkiksi yksi vastaajista ei voinut istua autossa ollenkaan ja toinen oli joutunut opettelemaan kävelemisen uudestaan. Sairaus oli niin vaikea muutamilla haastatelluilla, että yhdelle oli annettu elinaikaa vain muutama vuosi ja toinen oli joutunut usein kohtauksen tullessa sairaalaan teho-osastolle. Kaikki tutkimukseen osallistuneet pitkäaikaissairaat olivat olleet työelämässä jossakin vaiheessa ennen sairastumista tai sairauden pahentumista. Sairauden puhjettua tai pahennuttua työstä oli eläköitynyt neljä, sairauslomalle jäänyt kolme, työttömänä oli ollut kaksi ja työssä yksi tutkimukseen osallistunut ennen Arkeen Voimaa-ryhmään osallistumista. Työssäkäynti koettiin mahdottomaksi sairaudesta ja oireista johtuen, sillä päivät olivat osalla vain selviytymistä toiseen päivään ja esimerkiksi lähikaupassa käymisen jälkeen ei voimavaroja enää sinä päivänä ollut muuhun toimintaan.

”No tuota heikko, erittäin heikko itseasiassa. Ajatukset pyöri sen sairastamisen ympärillä.”

”No, aika huono. Siis niinkun jos silleen arvioi niin ehkä huonoin mitä nyt on ollu niinku mun elämän aikana.”

Suurin osa tutkimukseen osallistuneista kertoi kokeneensa masennusta, uupumusta tai elämähaluttomuutta ennen Arkeen Voimaa-ryhmään osallistumista. Mielialaan vaikutti sairaus, oireet, työkyvyttömyys, osattomuus ja vaikeat elämäntilanteet. Tutkimukseen osallistuneet kertoivat jääneensä kotiin ilman mielekästä toimintaa sairaudesta ja oireista johtuen ja pudonneensa sosiaalisista suhteista ja heillä oli osattomuuden tunnetta. Tutkimukseen osallistuneet pitkäaikaissairaat olivat joutuneet luopumaan monista aiemmin tärkeistä asioista muun muassa sairauden, oireiden, liikkumisvaikeuksien ja väsymyksen takia ja elinpiiri oli suppea. Suurin osa pitkäaikaissairaista oli terveydenhuollon piirissä eivätkä he kokeneet olleensa työkuntoisia juuri ennen Arkeen Voimaa-ryhmään osallistumista. Usean pitkäaikaissairaana elämä ja ajatukset pyörivät sairauden ympärillä eikä elämässä ollut oikein muuta sisältöä. He eivät pystyneet tekemään aiempia mielekkäitä asioita, kuten lukemaan, harrastamaan liikuntaa, tapaamaan ystäviä tai työskentelemään ja vaikuttamaan asioihin ja elämänlaatu oli huono.

”Sairauden myötä oli masennusta ja semmosta elämähaluttomuutta.”

”En todellakaan työkuntoinen ollut siihen aikaan.”

”Kun mä sairastuin niin sitten mä en pystynyt kykenemään tekemään mitään muutakaan hommaa ja luovuin hyvin monista itselle tärkeistä asioista.”

6.2.2 Terveystila ja elämäntilanne Arkeen Voimaa-ryhmän jälkeen

Kaikilla tutkimukseen osallistuneilla oli yhä pitkäaikaissairaus ja sairauden oireita kuten kipua ja liikkumisessa rajoitteita, mutta he kokivat terveytensä olevan parempi Arkeen Voimaa-ryhmään osallistumisen jälkeen kuin ennen Arkeen Voimaa-ryhmään osallistumista. Varsinkin mieliala oli kohentunut kaikilla. Tutkimukseen osallistuneet pitkäaikaissairaat kokivat iloa ja onnellisuutta ja elämänlaadun kohenemista, usea koki hyväksyneensä sairauden ja sen oireet ja saaneensa henkistä voimaa. Kaikki tutkimukseen osallistuneet jakoivat taas tavata ihmisiä, harrastaa, opiskella, käydä töissä tai tehdä vapaaehtoistyötä.

”Parempi. Sairaus ja lääkitys ei ole muuttunut mitenkään. Kyllä silläkin iso vaikutuksensa on henkisellä puolella, että tota miten sitä puolta hoitaa ite.”

”Mä oon iloisempi ja onnellisempi kuin ikinä mun elämässäni näiden kurssien jälkeen.”

Tutkimukseen osallistuneista pitkäaikaissairaista kaikki olivat aktivoituneet mielekkäseen toimintaan. Lähes kaikilla mielekäs toiminta oli vapaaehtoistyötä. Tutkimukseen osallistuneista kahdeksan ohjasi tai oli ohjannut Arkeen Voimaa-ryhmiä, neljä oli työllistynyt ja yksi opiskeli. Yksi työllistyneistä jatkoi vanhassa työssään, yksi työllistyi Arkeen Voimaa-ohjelman kautta, yksi työllistettiin ja yksi sai uuden työn. Tutkimukseen osallistuneilla oli tulevaisuuden suunnitelmia esimerkiksi opiskelu, työn hakeminen ja työpaikan vaihtaminen.

6.2.3 Kokemus yksinäisyydestä

Kolmannes tutkimukseen osallistuneista koki yksinäisyyttä. Yli puolet tutkimukseen osallistuneista ei kokenut yksinäisyyttä, mutta yli puolet heistä oli kokenut yksinäisyyttä ennen Arkeen Voimaa-ryhmään osallistumista. Yksinäinen kaipasi sosiaalista verkostoa ympärilleen sillä, yksinäisyys toi kokemuksen, että kun tulee tarve jutella niin ei ole ketään kenelle jutella. Sairauden ja yksinäisyyden myötä oli opeteltu olemaan yksin, mutta yksinäisyys tuntui ahdistavalta.

”En koe enää olevani yksinäinen. Mut ennen sitä kurssia koin olevani välillä niinku yksin, kun ei ollut elämäntarkoitusta, ei ollut mitään niinku päämäärää eikä mitään motivaatiota.”

” Oon mä vähän yksinäinenkin. Ei riitä, et on pelkästään työtön ja palkan menettäminen, kun siin on myös se sosiaalinen juttu.”

6.3 Aktivoituminen työhön, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan

6.3.1 Aktivoitumisen tekijät

Yli puolet tutkimukseen osallistuneista pitkäaikaissairaista koki aktivoituneensa työelämään, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan, koska he kokivat saaneensa innostusta ja hyviä työkaluja elämänhallintaan Arkeen Voimaa -ryhmästä. Moni tutkimukseen osallistuneista mainitsi liikkumisosion, ravitsemuksen ja unen olleen hyviä asioita Arkeen Voimaa-ohjelman sisällössä ja niissä asioissa muun muassa he olivat tehneet muutoksia omaan elämäänsä. Arkeen Voimaa-ryhmän aikana ja sen jälkeen fyysisen kunnon ja mielen kohentuessa he saivat enemmän uskoa itseensä ja tahtoa tehdä jotakin tärkeää ja kuulua johonkin ryhmään.

” Tuli hyviä työvälineitä ja oppi suomaan ittelle semmosia ilonaiheita. Nämä on nimenomaan ArVo-ryhmän antia.”

”Sitte ku söi terveellisesti ja liikku ja huomaa että sun mieli kohenee niin uskalti hakee.”

Aktivoituminen Arkeen Voimaa-ryhmän ohjaajaksi tuntui hyvältä ryhmään osallistumisen jälkeen, koska yli puolet tutkimukseen osallistujista koki Arkeen Voimaa-ohjelman hyväksi malliksi, josta oli oikeasti apua pitkäaikaissairaille. Arkeen Voimaa ryhmänohjaajan tehtävät koettiin hyviksi ja itselleen sopiviksi ryhmän keston ollessa kuuden viikon ajan 2,5 tuntia viikossa ja he uskoivat itsellään olevan annettavaa muille ja itsekin saavansa ryhmänohjauksesta jotakin.

”Tajusin, että tää vapaaehtoistyö sopii mun työkokemukseen ja elämäkokemukseen...Ja sitten tavallaan se on sellaista, että sitä kykenee tekemään, kun siinä saa istua ja liikkua ja seistä...”

”Mä ajattelin, että se on sellainen positiivinen pläjäys puolin ja toisin. Mä ainakin ajattelen, et mä pystyisin antamaan jotain ryhmäläisille, ja mä uskoisin, et mäkin saan siitä jotain.”

Aktivoitumista työhön, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan edelsi useimmilla halu tehdä jotain, saada normaali rytmi elämään sekä tarve ja syy lähteä jonnekin kotoa.

”Jotain tekemistä, että pääsen siihen normaaliin rytmiin mitä ihmiset yleensä tekee. Se mielekkyys siitä ja haluaa arkeen rytmiä.”

”Kaikki ihmiset aina lähti johonkin ja mä en lähtenyt mihinkään ja mä halusin sellasen, että mulla olis joka päivä syytä lähteä johonkin.”

Muita kuntoutumisen tukia taustalla olivat hyvä työkaveri, KELA:n kuntoutus, depressiohoitajan kanssa käydyt keskustelut, terapia, lääkehoito sekä fysioterapia. Lähes kaikki tutkimukseen osallistuneet kuitenkin kokivat Arkeen Voimaa-ryhmän merkittävimmäksi sairauden kehän katkaisijaksi ja aktivoitumisen alullepanijaksi.

”Mulla oli sellainen hyvä lykky, että mulla oli tosi hyvä työkaveri siinä samoihin aikoihin, joka ehkä auttoi elämästä otteen saamisessa ja pysymisessä.”

”Mut sit tuolla Arkeen Voimaa-ryhmässä oli jotenkin paljon realistisemmat jutut tavallaan kuin siel KELA:n kuntoutuksessa, sellaiset jotka sopi mulle ja varmaan ihan kaikille ihmisille.”

”Arkeen Voimaa-ryhmää hehkutan kyllä. Se on antanut mulle parhaat elementit tähän elämän jatkamiseen.”

6.3.2 Arkeen Voimaa-ryhmän merkitys aktivoitumiseen

Arkeen Voimaa -ryhmän alkaessa monet pitkäaikaissairaat kokivat, että oli mukava mennä jonnekin, lähteä kotoa säännöllisesti, olla osa ryhmää ja nähdä samankaltaisessa elämäntilanteessa olevia muita ihmisiä. Lähes kaikilla kotona sairastaessa sosiaaliset suhteet olivat jääneet vähiin ja moni kokikin, että Arkeen Voimaa-ryhmässä ei tarvinnut kokea huonommuuden tunnetta sairaudestaan tai oireistaan, koska kaikki olivat pitkäaikaissairaita ja tasavertaisia. Puolet tutkimukseen osallistuneista piti vertaistukea tärkeänä osana Arkeen Voimaa-ryhmää ja aktivoitumista.

”Hirveen tärkeätä oli mulle ja muillekin et sielt sai vertaistukea muilta pitkäaikaissairailta ja siihen tuli isoon arvoon myös se kun siel ArVo-kurssilla kaikki oli samassa elämäntilanteessa. Tasa-arvoisuus, yhdenvertaisuus.”

Lähes kaikki tutkimukseen osallistuneet pitivät Arkeen Voimaa-ryhmän ohjelman sisältöä erityisen hyvänä. Sisällön koettiin olevan tuttua asiaa, joka kuitenkin unohtuu arjessa. Varsinkin ravitsemus- ja liikuntaosioista pitkäaikaissairaat kokivat saaneensa hyvää tietoa ja innostusta muuttaa elintapojaan. Tavoitteet Arkeen Voimaa-ohjelmassa esimerkiksi liikkumisen lisäämisessä oli asetettu kohtuullisiksi, joihin pitkäaikaissairas kykeni.

”Tää ohjelma on mun mielestä tosi hyvä, kun se kattaa monta elämän aluetta... täs on tätä elämähallintaa ja arjen hallintaa niin tää on monipuolisempi.”

”Ne on itsestään selviä meille, mut sit ne unohtuu arjessa kumminkin.”

”On tärkeää ettei tää oo mitään mutujuttua vaan perustuu tutkimuksiin ja on oikeesti järkevää ja tieteellisesti todistettua, todella toimii eikä oo mutua ja hössötystä.”

”Mä tykkäsin siitä liikuntaosuudesta sen puolesta ettei se ollut mitään verenmaku suussa liikkumista... et se on semmonen minimitaso et tää on ihan riittävää ja virkistää ja tuntuu mukavalta eikä stressaa.”

Reilu puolet vastaajista kertoi Arkeen Voimaa-ryhmässä tehtyjen toimintasuunnitelmien olevan erityisen tärkeitä muutoksen ja aktivoitumisen alullepanijoita. Pitkäaikaissairaat tekivät pieniä lupauksia kohti parempaa arkipärväämistä viikoittain itselleen ja huomasivat niiden myötä saaneensa uskoa itseensä. Toimintasuunnitelma saattoi olla esimerkiksi kolme kertaa kymmenen minuutin kävely päivän aikana tai aikaisemmin nukkumaan meneminen. Lähes kaikki tutkimukseen osallistuneet pitkäaikaissairaat kokivat Arkeen Voimaa-ryhmän laittaneen muutoksen liikkeelle elämässään. He ymmärsivät, että itse täytyy tehdä muutoksia omassa elämässään, jotta voi päästä kohti parempaa arkipärväämistä.

”Tossa kun tehdään niitä toimintasuunnitelmia ja tavallaan oppii siinä erilaisia tapoja oman terveyden kohentamiseen, niin mulla ne toimintasuunnitelmat on jatkanut elämistään. Mun unirytmni on parantunut ja mä oon lopettanut stressaamisen siitä kuten syömisestäkin ja mä sit laihtuinkin.”

”Mul oli niinko se toimintasuunnitelma. Et oli semmonen et sä olit sopinut ittes kanssa et sä teet jonku tietyn asian ja pidit siitä kiinni. Ja sit kui hyvältä se tuntu et oli suunnitelma, ja sit alko tulee näkymii elämässä.”

”Mä osaan, mä pärjään ja mä selviän.”

Arkeen Voimaa-ryhmän myötä pitkäaikaissairaat oppivat paremmin hyväksymään sairautensa ja oireensa, eivätkä antaneet sairauden enää määrätä elämäänsä. Kaikki tutkimukseen osallistuneet saivat elämän uudelleen hallintaansa ja sairaudenkehä katkesi. Muutosten myötä kaikkien tutkimukseen osallistuneiden mieliala kohentui ja he saivat voimaa arkeensa. Positiivisuuden ja voiman myötä kaikki pitkäaikaissairaat löysivät mielekästä tekemistä elämäänsä vapaaehtoistyöstä, opiskelusta tai työstä. He löysivät taas oman paikkansa elämässä.

”Se pisti jotakin liikkeelle. Tapahtu sellainen mullistava jotenkin, et sain niinku otteen elämästä iha erilailla uudestaan.”

”Se kierre ehkä katkesi siitä, se kipu-masennuskierre.”

”Et ne mun sairaudet ei enää hallitse sitä mun elämää, et mul on semmonen olo et minä hallitsen mun omaa elämää.”

6.3.3 Aktivoitumisen haittatekijät

Mielekkään toiminnan aloittamista haittasi lähes kaikilla sairaus ja siihen liittyvät oireet tai lääkitykset. Myös pelko siitä osaisiko, pystyisikö, uskaltaisiko haittasi toiminnan aloittamista. Kaksi haastateltavaa koki, ettei ollut mitään mikä olisi haitannut mielekkään toiminnan aloittamista.

”Kyl se on toi sairaus.”

”Pelkäs mitä tässä elämässä vielä tulee käymään ja niinku ei ollu vaa valmis jollain lailla.”

6.4 Arkipärjääminen

Kaikki tutkimukseen osallistuneet kokivat pärjäävänsä arjessa hyvin Arkeen Voimaa-ryhmään osallistumisen jälkeen. He olivat jaksaneet käydä töissä ja opiskella, pitää omia puoliaan esimerkiksi KELA:n päätöksiä koskevissa asioissa ja tehdä positiivisia muutoksia elämässä kuten asunnon myyminen ja muutto tai työpaikan hakeminen. Pitkäaikaissairaat kokivat päässeensä sairauden aiheuttamasta katkeruudesta, he tapasivat taas ihmisiä ja kokivat saneensa elämänsä takaisin ja sen laatu oli parantunut. Sairaudenkierre oli katkennut ja itsevarmuutta sekä luottoa omaan pärjäämiseen oli tullut sairauden ja rajoitteiden hyväksymisen myötä. Tutkimukseen osallistuneet kokivat, että nyt heillä oli paikka minne mennä, ryhmä mihin kuulua ja elämässä tärkeä tehtävä ja, että he olivat osa yhteiskuntaa

"Mun elämänlaatu on parantunut aivan älyttömästi sinä aikana, ja mähän siirryin työelämääinkin tavallaan liittyen näihin Arkeen Voimaa kuvioihin."

"Arkeen Voimaa-kurssin jälkeen olin ihan kuin toinen ihminen. Mä olin päässyt siitä katkeruudesta ja mä puhun ihmisten kanssa tuolla ulkona. Mä oon saanu oman elämäni tuhatkertaisena takaisin."

"Tää on kokonaan sen Arkeen Voimaa ansiota, että oon niinku jaksanut pitää puoliani... ja mä oon niinku jaksanut enemmän pitää yhteyttä mun ystäviin."

"Se antaa semmosta niinkun elämänuskoa, et mul on tässä joku rooli ja tehtävä tulevaisuudessakin. Se tuntuu tosi kivalta. Jokainen haluaa tietää, et hänel on joku kolo täs maailmassa."

Tutkimukseen osallistuneet kokivat, että Arkeen Voimaa-ryhmällä ja -ryhmän ohjaajana toimimisella oli merkittävä rooli aktivoitumisessa.

"Tänäänkin aamullakin sanoin itelle, että ihana olla tämmönen normi ihminen."

"Elän tässä hetkessä ihan täysillä, päivä kerrallaan."

"Jos mä en olis käynyt tätä Arkeen Voimaa-kurssia, niin mä en kyl olis varmaan tässä keskustelemassa, et mä oisin varmaan vähä jossain muualla."

6.5 Yhteenvetona tuloksista Maijan tarina

"Olen Maija, 42-vuotias pitkäaikaissairas. Kolme vuotta sitten itkin sairaalan sisätauti-osastolla sängyssä suljettujen verhojen takana. Kuumetta oli 40 astetta eikä mikään ruoka tai juoma pysynyt sisällä. Vessan pönttö täyttyi verestä. Lääkäri kysyi, käynkö kymmenen kertaa vessassa vuorokauden aikana, sillä se olisi jo aika paljon. Kymmenen! Siihen olisin ollut tyytyväinen, en tähän viiteenkymmeneen kertaan. Hoitaja toi lääkettä yöpöydälle, että kuume laskisi. En jaksanut nostaa kättäni. Nukuin. Heräsin itkemään mahdollista kuolemaani. En itseni takia, vaan pienten lasteni. Onko elämäni tässä? Oloni lähti hieman kohentumaan muutaman päivän kuluttua, kun sain kortisonia suoraan suoneen reilun annoksen. Vieläkään ei ollut varmuutta mikä minua vaivasi ja mihin se johtaisi. Yhdeksäs päivä pelkkää punaviinimarjakiisseliä ruokana alkoi jo harmittaa, aloin kai tulla parempaan kuntoon. Tutkimusten myötä selvisi paksusuolentulehdus, johon sain kovat lääkitykset ja pääsin sairaalasta kotiin. Paino alkoi nousta kortisonin takia ja hiukset lähteä. Vointi kohentui kovin hitaasti enkä ollut työkyntoinen pitkään aikaan. Mieli oli maassa, tulevaisuudesta ei ollut varmuutta. En voinut lähteä kotoani kauas enkä jaksanut tavata ystäviäni. Sosiaalinen elämäni kapeutui eikä minulla ollut mitään muuta kuin sairaus, oireet, koti, yksinäisyys ja lapset. Lasten takia jaksinkin. Mutta heidän takiaan en voinut lähteä sopeutumisvalmennuskurssille."

Kontrollikäynnillä sairaalassa lääkäri ehdotti mielialani takia keskusteluja depressiohoitajan kanssa. Suostuin, voisihan siitä jotakin hyötyä olla. Kävin keskusteluissa neljä kertaa, mutta väsyin, koska koin, että minun piti olla vahva. Hoitaja ei kestänyt rankkaa elämäntilannettani. Ei kuolemanpelkoa eikä suruani lasten mahdollisesta yksinjämisestä. Lääkitys tehoi viimein ja vatsaoireeni alkoivat helpottaa hiljalleen. Peilistä katsoi kuitenkin aivan vieras ihminen. Kymmenen kiloa painavampi, kalpea kasvoinen, tummat silmäanaluset ja harva, huonokuntainen tukka. Väsyneen näköinen. Tuoko minä olen nyt? Vatsaoireiden helpottuminen ei tuonut kuitenkaan pitkää helpotusta elämäni. Liikkumattomuus ja paino toivat mukanaan selkävaivat ja mieliala pysyi alamaissa. Pääsin KELA:n kuntoutukseen ja hieman jo itsekkin innostuneena tein hienoja liikuntasuunnitelmia ja lautasmallin mukaan ruokailusuunnitelmia. Kuntoutuksen jälkeen kotona todellisuus iski. En pysty tunnin lenkkeihin, kuntosali treeneihin enkä lautasmalliruokailuun. Enhän voi syödä kasviksia ja salaatteja juuri lainkaan. Alkava innostus latistui uudelleen. Milloin tulen kuntoon ja pääsen takaisin töihin? Milloin jaksan taas nähdä ihmisiä ja harrastaa mielekkäitä juttuja? Jaksanko milloinkaan?

Hain taas apua kurjaan olooni ja oireisiini terveyskeskuksesta. Sympaattinen terveydenhoitaja kertoi Arkeen Voimaa-ryhmästä ja ehdotti, että menisin ryhmään. Suostuin siihenkin. Olisiko tästä apua? Menin ensimmäiseen tapaamiseen. En halua kertoa itsestäni mitään, en sairauksistani tai mielialastani, ajattelin. Yllätyin, kun kaikki ohjaajaa myöten tuntuivat olevan samassa elämäntilanteessa kanssani. Omasta tilanteestani kertominen ei tuntunutkaan niin kurjalta enää. Tapaamisen lopussa kuitenkin oloni oli hieman epävarma, mietin, onko tämä jotakin hössötystä vaan. Päätin kuitenkin mennä uudelleen, olinhan lapsilleni opettanut, ettei harrastuksia jätetä heti kesken. Toisen tapaamiskerran jälkeen huomasin, että Arkeen Voimaa-ryhmä tuntuu ihan järkevältä. Aloin tehdä ryhmän mukana toimintasuunnitelmia. Tällä viikolla käyn viitenä päivänä viikossa aamulla ja illalla vartin kävelemässä. Ensi viikolla en syö suklaata lainkaan. Toimintasuunnitelma oli lupaus itselleni ja oli hieno huomata suunnitelmien pitävän. Ehkä pystyn vielä johonkin! Elämässäni alkoi tulla uudenlaisia näkymiä tulevaisuudesta. Torstaita ja Arkeen Voimaa ryhmää oikein odotti. Kiva jutella Annin ja Pentin kanssa, he ymmärtävät tilannettani. Pystyyköhän Sirpa pitämään lupauksensa? Täytyy tsempata häntä. Ryhmässä käytävät aiheet tuntuivat tutuilta, mutta miten en osannut ajatella niitä näin ja toimia niiden mukaan aiemmin? Tuntui mukavalta, että Arkeen Voimaa-ohjelman tavoitteet olivat niin kohtuullisia, että pystyin niihin sairaudesta huolimatta. Ryhmän lopussa vertaisohjaaja ehdotti, että lähtisin vertaisohjaajaksi myös. En miettinyt kauan. Tuntui, että siihen minä pystyn. Pystyn kerran viikossa kaksi ja puoli tuntia tekemään töitä. Hymyilytti. Minulla on varmasti annettavaa muille ryhmäläisille ja saan itsekkin ryhmästä voimaa.

Kotona soitin ystävälle pitkästä aikaa ja kerroin, että minusta tulee Arkeen Voimaa vertaisohjaaja. Tuntui, että nyt minulla oli jotakin kerrottavaa, muutakin kuin sairausasioitani. Ystävä oli onnellinen puolestani. Minäkin olin. Ohjasin ensimmäisen ryhmäni ja tein yhä toimintasuunnitelmia. Toimintasuunnitelmien myötä olin oppinut nukkumaan paremmin, liikkumaan aiempaa enemmän ja syömään terveellisemmin, kuitenkin itselleni sopivalla tavalla. Laihuinkin vähän. Vatsani pysyi melko rauhallisena, hiukset alkoivat vahvistua ja kasvoin tuli tervettä väriä ja selkävaivat helpottivat. Peilistä katsoi hymyilevä ihminen. Siirryin osa-aikaisesti omaan työhöni takaisin pitkän sairausloman jälkeen. Ihanaa! Oma

aktivoitumiseni takaisin työelämään oli pitkä matka, mutta koen Arkeen Voimaa-ryhmän laittaneen aktivoitumisen alkuun. Arkeen Voima-ryhmän myötä sain otteen elämästäni uudelleen ja voimaa muuttaa asioita elämässäni itse parempaan suuntaan. Nyt pystyn tekemään töitäni normaaliin tapaan. Vatsani voi vielä ajoittain oireilla tai selkä kiukutella, silloin tehostan itsehoitoa ja pysyn päätöksessäni siitä, ettei sairaus enää hallitse elämäni vaan minä itse hallitsen!

6.6 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen tekijä noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä ja eettisesti kestäviä tiedonhakumenetelmiä ja tutkimusmenetelmiä, on rehellinen, huolellinen ja tarkka tutkimustyössä ja tutkimustulosten esittämisessä sekä vilpitön ja rehellinen toisia tutkijoita kohtaan, tutkimuksen tekijä suunnittelee, toteuttaa ja raportoi tutkimuksen laadukkaasti ja noudattaa avoimuutta ja kontrolloitavuutta. Tutkittavien nimiä ei mainita tutkimuksessa. Tutkimuksessa kunnioitetaan tutkittavia ja toimeksiantajia. Tutkittaville kerrotaan tutkimuksesta ja siitä, että osallistuminen on vapaaehtoista eikä osallistumatta jättäminen vaikuta mihinkään haastateltavaa koskevaan asiaan sekä pyydetään kirjallinen suostumus tutkimukseen. Tutkimustuloksia ei esitetä niin, että tutkimuksen käyttäjä voi hyödyntää tuloksia tutkittavien tai niiden sidosryhmien haitaksi. Tutkimusten osapuolten asemat, oikeudet, vastuut ja velvollisuudet kirjataan asianmukaisesti. Tutkimuksen tekijä huolehtii siitä, ettei tutkimusaineisto joudu väärin käsiin vaan säilytetään asianmukaisesti ja että tutkittavien anonymiteetti säilyy. Yksittäisiä henkilöitä koskevat asiat ovat luottamuksellisia. Tutkimuksen tekijä tiedottaa tutkimuksesta ja huolehtii, että se on julkisesti nähtävillä. (Vilka 2005 ja Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015). Tutkimukselle haetaan asianmukaisesti tutkimuslupa.

Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkitavasta ilmiöstä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida uskottavuuden, vahvistettavuuden, reflektiivisyyden ja siirrettävyyden kriteereillä. Uskottavuudessa tutkimuksen tekijä varmistaa, että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta. Vahvistettavuus edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua. Reflektiivisyys edellyttää sitä, että tutkimuksen tekijä arvioi omaa vaikuttamistaan aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa sekä kuvaa lähtökohdat tutkimusraportissa. Siirrettävyys tarkoittaa tutkimusten tulosten siirtämistä muihin vastaaviin tilanteisiin, jolloin tutkimuksen tekijän on annettava riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimuksesta (Kylmä & Juvakka 2012 ja Vilka 2005).

Tutkimuksen luotettavuutta voi tarkastella tutkittavan ilmiön tunnistamisella ja selkeällä nimeämisellä, tutkimuksen merkityksen perustelemisella sisällöllisesti, menetelmällisesti

ja eettisesti, nimeämällä tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävät, kuvaamalla aineiston keruu tarkasti, analysoimalla aineisto ja raportoimalla tutkimustulokset (Kylmä & Juvakka 2012).

Tässä tutkimuksessa tutkimuksen tekijä noudatti hyvää tieteellistä käytäntöä ja eettisesti kestäviä tiedonhaku- ja tutkimusmenetelmiä. Tutkimukselle haettiin tutkimuslupa. Tutkimuksen tekijä oli rehellinen, huolellinen ja tarkka tutkimustyössä ja tutkimustulosten esittämisessä sekä vilpitön ja rehellinen toisia tutkijoita kohtaan. Hän suunnitteli, toteutti ja raportoi tutkimuksen laadukkaasti ja noudatti avoimuutta. Tutkittavien nimiä ei mainita tutkimuksessa. Tutkimuksen tekijä huolehtii siitä, ettei tutkimusaineisto joudu väärin käsiin vaan säilytetään asianmukaisesti ja että tutkittavien anonymiteetti säilyy. Tuplavarmistuksena käytetystä iPad-laitteesta tutkimuksen tekijä poisti heti litteroinnin jälkeen haastattelut. Tulostetut litteroinnit hävitettiin asianmukaisesti. Tutkimuksen tekijä tiedottaa tutkimuksesta ja huolehtii, että se on julkisesti nähtävillä. Haastatteluissa tuli paljon keskenään samankaltaisia kokemuksia esille ja tulokset vastaavat aiempia tutkimuksia. Tutkimus on mahdollista toistaa uudelleen.

Tutkimukseen osallistuneilla pitkäaikaissairaille oli omakohtainen kokemus aiheesta ja olivat osallistuneet vapaaehtoisesti tutkimukseen. Haastateltavat puhuivat selkeätä suomenkieltä eikä projektipäällikön ollut vaikea ymmärtää heitä. Puhelinhaastatteluissa projektipäälliköllä ei ollut mahdollisuutta nähdä haastateltavien ilmeitä ja eleitä, mutta hän pyrki välttämään tulkintavirheet litteroimalla haastattelut sanasta sanaan ja tekemällä teemojen alle luokittelut litteroinneista.

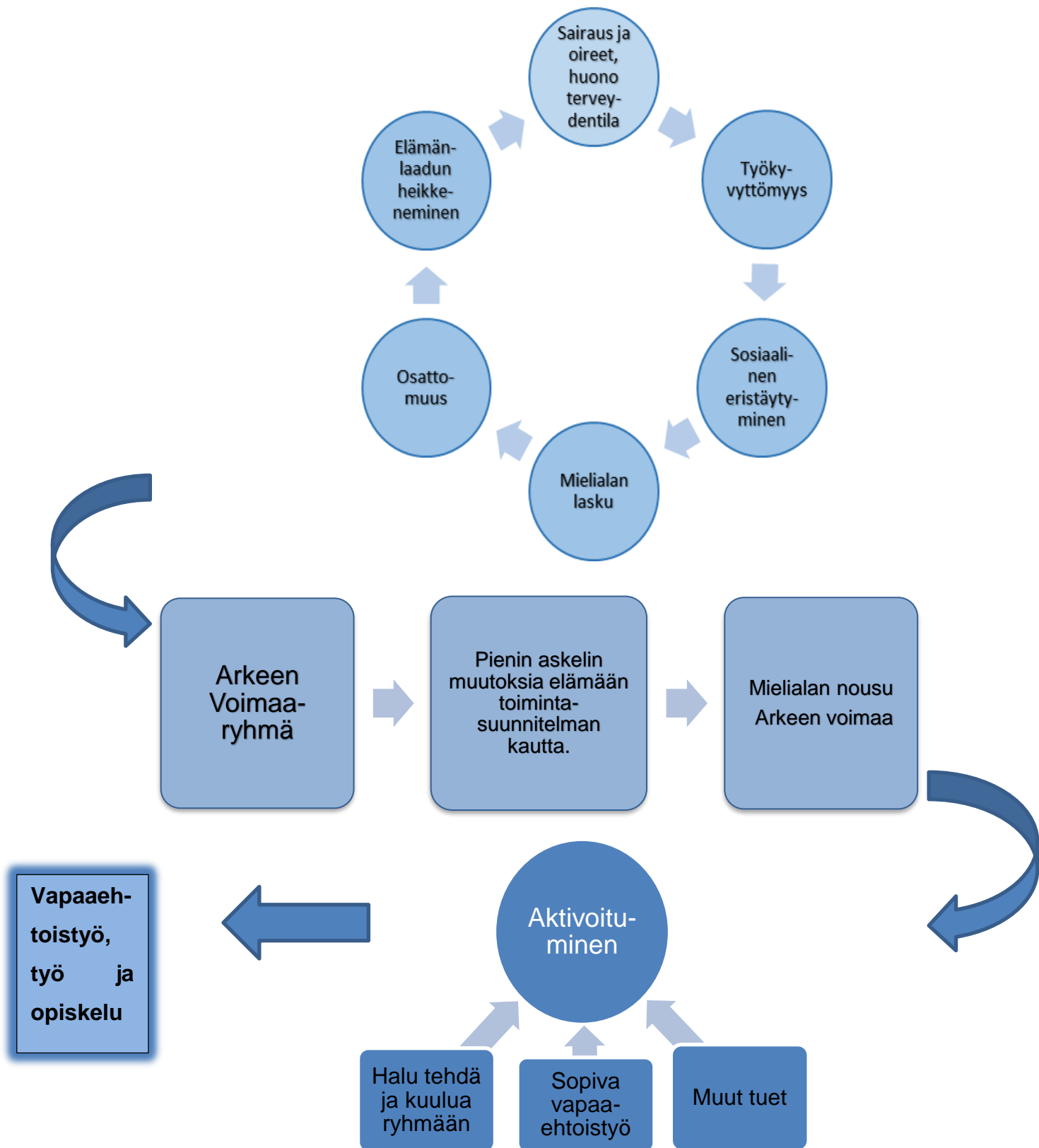
7 MALLI ARKEEN VOIMAA-OHJELMAN MERKITYKSESTÄ AKTIVOITUMISEEN

Terveystilansa huonoksi tuntevat ja työkyvyttömät pitkäaikaissairaat pyörivät sairaudenkehässä. He olivat sosiaalisesti eristäytyneitä, mieliala oli matalalla ja heillä oli osattomuuden tunteita. Elämä oli päivästä toiseen selviytymistä kotona sairautensa kanssa ja elämänlaatu oli heikentynyt.

Pitkäaikaissairaat huomasivat, että Arkeen Voimaa-ryhmässä ei tarvinnut kokea huonommuuden tunnetta sairaudestaan tai oireistaan, koska kaikki olivat pitkäaikaissairaita ja tasavertaisia ja vertaistukea pidettiin tärkeänä osana Arkeen Voimaa-ryhmää ja aktivoitumista. Arkeen Voimaa-ohjelman sisältöä pidettiin erityisen hyvänä ja tutuna asiana, joka kuitenkin unohtuu arjessa ja sen tavoitteita esimerkiksi liikuntaosiossa pidettiin kohtuullisina, joihin pitkäaikaissairas kykeni. Arkeen Voimaa-ryhmässä pitkäaikaissairaat alkoivat tehdä pienin askelin toimintasuunnitelman kautta muutoksia elämäänsä, esimerkiksi liikkumaan enemmän ja syömään terveellisemmin. Muutoksissa onnistumisen myötä mieliala alkoi kohentua ja he saivat voimaa katkaista sairaudenkehänsä ja aktivoitua työhön, opiskelemaan tai vapaaehtoistyöhön. Arkeen Voimaa-ryhmän ja aktivoitumisen jälkeen arkipärväilyminen on hyvää ja elämänlaatu on parantunut.

Arkeen Voimaa-ohjelmaa ja -ryhmää pidettiin merkittävimpana sairaudenkehän katkaisija ja aktivoitumisen lähteenä, vaikka muitakin kuntoutumiseen ja aktivoitumiseen vaikuttavia tekijöitä oli kuten hyvä työkaveri, KELA:n kuntoutus, depressiohoidajan kanssa käydyt keskustelut, lääkehoito, terapia sekä fysioterapia, halu tehdä jotakin ja kuulua ryhmään sekä vapaaehtoistyön sopivuus elämäntilanteeseen (Kuvio 2).

Kuvio 2. Arkeen Voimaa-ohjelman merkitys pitkäaikaissairaahan aktivoitumiseen



8 ARVIOINTI JA POHDINTA

8.1 Arviointi

Kehittämiprojektin prosessi oli monivaiheinen. Alun ideavaiheessa projektipäällikkö koki tarvitsevansa tukea projektiryhmältä siihen, miten projekti saadaan käyntiin. Kysymyksiä oli projektin sisällöstä projektin kulkuun. Projektipäälliköllä oli kehittämiprojektin alussa liian vähän aikaa varattuna kehittämiprojektille eikä hän meinannut saada ajoissa ideaseminaariin vaadittavaa työtä valmiiksi. Seminaareissa ja ohjausryhmän kokouksissa Projektipäällikkö sai työelämämentorilta, ohjaavalta opettajalta sekä ryhmään kuuluvilta muiden kehittämiprojektien projektipäälliköiltä ja kehittämiprojekti alkoi edetä suunnitelman mukaan. Taustatiedon lisääntyessä aiheesta kasvoi myös innostus kehittämiprojektiin.

Suunnitelmavaiheessa kirjallisuuden ja tutkimuskysymysten perusteella tehty teema-haastattelurunko oli valmis ja kehittämiprojektin soveltavalle osalle päästiin hakemaan tutkimuslupaa. Tutkimuslupaprosessin projektipäällikkö koki hankalaksi ja aikaa vieväksi, mutta muutamien selventävien sähköpostien ja ohjaavan opettajan sekä työelämämentorin kanssa keskustelun jälkeen sekin prosessi saatiin päätökseen. Väliraporttiin mennessä haastattelut oli tehty ja alustavia tuloksia niistä selvillä suunnitelman mukaan.

Alun aikaongelman jälkeen projektipäällikkö teki päiväkohtaisen suunnitelman kehittämiprojektin etenemisestä. Viivästynyt tutkimuslupa sekoitti alkuperäistä suunnitelmaa, mutta projektipäällikkö teki uuden suunnitelman. Projektipäällikkö kokikin erityisen tärkeäksi päiväkohtaisen suunnitelman kehittämiprojektin etenemisestä, ilman sitä kehittämiprojekti ei olisi valmistunut ajoissa.

Erityisen tärkeäksi projektipäällikkö koki myös riskianalyysin teon. Projektipäällikkö oppi huomioimaan projektin aikana erilaisia riskejä, jotka voivat kohdata projektia. Osa niistä on projektin sisäisiä ja osa ulkoisia. Projektipäällikkö koki, että projektin sisäisiä riskejä oli helpompi hallita, kun ulkopuolisiin riskeihin ei taas ollut juurikaan vaikuttamismahdollisuuksia. Projektipäällikön mielestä yksi vaikeimmista asioista kehittämiprojektissa oli-kin sellaiset asiat mihin ei itse voinut vaikuttaa.

Projektipäällikkö on joutunut opettelemaan myös aihepiirien rajausta, ettei projekti paisu liian suureksi. Toisaalta tämä on tuonut ideoita uusiin kehittämiprojekteihin. Kehittämis-

prosessissa vaikeaa oli mallin suunnittelu. Mallin sisältö tuli hyvin selville tutkimustulosten myötä ja se myös vastasi odotuksia, mutta se miten mallista saa käyttökelpoisen toi haasteita.

Haastattelututkimukset projektipäällikkö koki luultua helpoimmiksi, sillä haastateltavien kanssa oli helppo puhua ja haastattelut etenivät jouhevasti. Litteroinnissa projektipäällikkö teki tarkkaa työtä ja luotettavuuden takia kirjoitti litteroinnit sanasta sanaan. Sisällönanalyysissä projektipäällikkö joutui palaamaan kirjallisuuteen, jotta sisällönanalyysin teko meni oikein. Tuloksia kirjoittaessaan projektipäällikkö palasi usein haastatteluihin varmistaakseen, ettei tee omia tulkintoja tuloksiin vaan tulokset ovat oikeasti seurausta haastatteluista. Projektipäällikön kokemuksen mukaan vaikeaa oli saada tulokset tekstiin auki niin, että lukijat, jotka eivät ole haastatteluista kuulleet saavat tuloksista oikean ja riittävän kuvan.

Hyvä aiheeseen tutustuminen, tarkka päiväsuunnitelma työn etenemisestä, hyvä riskianalyysi, muutoksiin vastaaminen ja projektipäällikön vahva halu viedä projektia eteenpäin vaikuttivat siihen, että kehittämisprojekti valmistui ennalta suunnitellun aikataulun mukaisesti ja kehittämisprojektin tavoite Arkeen Voimaa-ryhmän merkitys pitkäaikaissairaahan aktivoitumiseen -malli on luotu.

Kehittämisprojekti, soveltavan tutkimuksen tulokset ja malli Arkeen Voimaa-ryhmästä pitkäaikaissairaahan kuntoutuksen tukena raportoidaan sekä suullisesti Turun Ammattikorkeakoulun alueseminaarissa, että Kuntaliitossa Arkeen Voimaa-vertaisohjaajien päivillä ja kirjallisena artikkelina jossakin julkaisussa ja se saa näkyvyyttä. Tulokset ovat merkityksellisiä pitkäaikaissairaille ja Arkeen Voimaa-ohjelmalle, joten näkyvyys on tärkeää. Tulosten perusteella luotua Arkeen Voimaa-ryhmä pitkäaikaissairaahan kuntoutuksen tukena mallia voi käyttää markkinoidessa Arkeen Voimaa-ohjelmaa uusiin kaupunkeihin ja Arkeen Voimaa-ryhmää pitkäaikaissairaille. Mallia voi käyttää myös terveydenhuollossa työkaluna suunniteltaessa pitkäaikaissairaahan kuntoutusta.

Projektipäällikkö on kehittynyt paljon kehittämisprojektin aikana. Hän tuntee nyt paremmin projektin kulun ja projektipäällikön tehtävät. Hän ymmärtää verkostoitumisen ja tiimityön tärkeyden yhteisen projektin onnistumisen kannalta. Projektipäällikkö on oppinut, kuinka tärkeää on tuntee asia, jonka parissa työskentelee ja kuinka tärkeää on, se että projektin hallinta on projektipäällikön käsissä. Projektipäällikkö pitää tärkeänä laatua ja luotettavuutta koko projektin aikana ja tiedottamista projektin tuloksista monelle suun-

nalle, jotta tulokset on mahdollista ottaa käyttöön niistä hyötyvissä organisaatioissa. Projektipääällikkö tarvitsee nyt uusia projekteja säilyttääkseen oppimansa tiedot ja taidot ja kehittyäkseen lisää projektitöiden parissa.

Soveltavalla tutkimuksella ja kehittämisprojektilla on merkitystä Arkeen Voimaa-ohjelmalle. Luomaani mallia voi käyttää Arkeen Voimaa-ohjelman markkinoinnissa. Ehkä Arkeen Voimaa-ohjelma saadaan leviämään yhä useampaan kuntaan ja kunnissa lisää osallistujia Arkeen Voimaa-ryhmiin. Arkeen Voimaa-ohjelma voi tulla entistä paremmin myös terveydenhuollon henkilökunnan tietoisuuteen ja antaa heille lisää mahdollisuuksia ohjata pitkäaikaissairaita saamaan apua elämäänsä.

8.2 Pohdinta

Tutkimuksen soveltavan osan eli haastattelututkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, mikä on aktivoinut Arkeen Voimaa-ryhmään osallistuneen pitkäaikaissairaahan työhön, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan ja mitkä asiat ovat edistäneet tai haitanneet aktivoitumista. Tavoitteena oli myös tuottaa tietoa siitä, onko Arkeen Voimaa-ryhmällä ollut osuutta aktivoitumiseen ja jos on ollut, niin minkälainen osuus. Tutkimuksessa saatiin vastauksia siihen, mitkä asiat aktivoivat pitkäaikaissairaahan työhön, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan sekä Arkeen Voimaa-ohjelman ja -ryhmän merkityksestä aktivoitumiseen.

Tulosten mukaan pitkäaikaissairaiden terveydentila oli huono ennen Arkeen Voimaa-ryhmään osallistumista. He olivat jääneet kotiin sairauden puhjettua tai pahennuttua eivätkä he tunteneet itseään työkykyiseksi. Kotiin jäämistä seurasi sosiaalisten suhteiden vähentyminen ja osattomuuden kokemukset. Pitkäaikaissairaiden mieliala oli laskenut, heillä oli uupumuksen, masennuksen ja elämänhaluttomuuden tunteita. Näistä syistä elämänlaatu oli heikentynyt. Vastaukset selvensivät sitä minkälainen terveydentila ja elämäntilanne pitkäaikaissairailla oli ennen Arkeen Voimaa-ryhmään osallistumista ja näitä vastauksia voi hyvin verrata terveydentilaan ja elämäntilanteeseen Arkeen Voimaa-ryhmään osallistumisen jälkeen. Terveydentilassa ja elämäntilanteessa on tapahtunut selvä positiivinen muutos Arkeen Voimaa-ryhmään osallistumisen jälkeen.

Tutkimukseen osallistuneiden pitkäaikaissairaiden mukaan merkittävimpänä syynä aktivoitumiseen koettiin Arkeen Voimaa-ohjelma ja Arkeen Voimaa-ryhmä. Näiden lisäksi halulla tehdä jotakin ja kuulua ryhmään, vapaaehtoistyön sopivuudella elämäntilanteeseen sekä muilla tuilla kuten fysioterapialla, terapialla ja KELA:n kuntoutuksella oli oma

merkityksensä aktivoitumiseen. Tilastokeskuksen tutkimuksen mukaan 55%:lla suomalaisista on pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma ja yli 600 000 suomalaista kokee, että jokin terveysongelma rajoittaa tavalla tai toisella ansiotyöhön osallistumista tai työnsaantimahdollisuuksia. (Taskinen 2012). Tutkimukseen osallistuneet kuuluivat siihen 55%:in suomalaisista, joilla on pitkäaikaissairaus ja myös niihin, jotka kokivat terveysongelmien rajoittavan ansiotyöhön osallistumista. Kukaan tutkimukseen osallistuneista ei kokenut olleensa työkunnossa ennen Arkeen Voimaa-ryhmään osallistumista. Arkeen Voimaa-ryhmän jälkeen neljä tutkimukseen osallistunutta pitkäaikaissairasta oli ollut työelämässä, yksi opiskeli ja muut tutkimukseen osallistuneet olivat löytäneet mielekästä toimintaa vapaaehtoistyöstä. Tutkimuksen mukaan Arkeen Voimaa-ohjelmalla ja -ryhmällä oli merkittävä osuus aktivoitumisessa. Nämä vastaukset antavat selvän kuvauksen Arkeen Voimaa-ohjelman positiivisesta merkityksestä aktivoitumiseen ja vastaa tutkimuskysymyksiin.

Aiemmissa tutkimuksissa on todettu CDSMP:n olevan tehokas osallistujille pääasiassa käyttäytymisen muutoksiin ja pystyvyyden kehittämiseen. Kuntoutuksen nelijakoon kuuluvien lääkinnällisen, kasvatuksellisen, ammatillisen ja sosiaalisen sektorin lisäksi yhteisöpohjaisen kuntoutuksen perustana nähdään voimaantuminen. Tämän tutkimuksen mukaan Arkeen Voimaa-ohjelmasta ja -ryhmästä on saatu voimaantumisen ja itsehallinnan tunteita, joiden avulla pitkäaikaissairas oppi näkemään itsensä aktiivisena toimijana, jolla on mahdollisuus saada aikaan toivomiaan muutoksia omassa elämässään ja vaikuttaa myös muiden ihmisten elämään tiedon ja tietoisuuden lisääntymisen, itsearvostuksen vahvistumisen ja hallinnan tunteen lisääntymisen myötä. Voimaantuminen ja pystyvyyden kehittyminen sekä niiden myötä mielialan nousu, käyttäytymisen muutokset ja sairaudenkehästä pois pääseminen ja sitä kautta aktivoituminen työhön, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan pitkäaikaissairaana elämässä vastaavat aiempia tutkimuksia CDSMP:n vaikutuksista.

Yllättävänä tuloksena tutkimuksesta saatiin se, että muu mielekäs toiminta tutkimukseen osallistuneilla pitkäaikaissairailla oli vapaaehtoistyö. Yhtenä Arkeen Voimaa-ohjelman vahvuutena voitaneen pitää ArVo-ryhmäläisen mahdollisuutta jatkaa ArVo-ohjelman parissa ryhmän jälkeen vertaisohjaajana. Tutkimuksessa ainakin yksi pitkäaikaissairas koki vertaisohjaajana toimimisen olleen hyvä reitti palkkatyöhön siirtymiseen. Yksi jatkotutkimusaihe voisi olla selvittää pitkäaikaissairaana aktivoitumista työhön vapaaehtoistyön kautta.

Arkeen Voimaa-ohjelma ja -ryhmä tuntuu vastaavan kuntoutuksen neljään sektoriin pyrkinessään vaikuttamaan fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn parantumiseen tai sen alenemisen ehkäisemiseen vaikuttamalla elämäntapoihin, voimaantumiseen ja aktivoitumiseen työhön, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan, pitkäaikaissairaudesta johtuvan syrjäytymisen osallisuuden vahvistamiseen sekä pitkäaikaissairaana tai syrjäytymisen kierteessä olevan ihmisen sosiaaliseen ja selviytymistaitojen oppimiseen.

Arkeen Voimaa-ryhmän toiminta perustuu vapaaehtoistyöhön ja Arkeen Voimaa-ryhmän avulla takaisin työelämään palanneet pitkäaikaissairaat tuovat yhteiskunnalle säästöä työllistyttyään esimerkiksi sairauslomalta tai kuntoutustuelta. Arkeen Voimaa-ohjelma on yksi hyvä vaihtoehto ja vastaus väestön ikärakenteen muutoksen ja siitä seuraavan asiakasmäärien kasvun paineisiin sosiaali- ja terveysjärjestelmissä. Kokkonen ja Wallace (2015) kirjoittavat pitkäaikaissairaiden käyttävän merkittävän osan terveydenhuollon palveluista ja budjetista. Pitkäaikaissairaiden kuntoutuessa ja aktivoituessa työhön, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan myös mahdollisesti tarve terveydenhuollon palveluille vähenee ja kustannukset pienenevät tätäkin kautta. Arkeen Voimaa-ryhmä pitkäaikaissairaana kuntoutuksen tukena mallia voi käyttää työkaluja perusterveydenhuollossa ohjattaessa pitkäaikaissairaita Arkeen Voimaa-ryhmään.

Yksinäisyys vaikuttaa negatiivisesti ihmisen psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen ja näin ollen sosiaalisen verkoston puuttuessa yksinäiset turvautuvat muita useammin terveydenhuollon palveluihin (Junttila ym. 2016). Arkeen Voimaa-ryhmällä oli vaikutuksia myös yksinäisyyden kokemusten väistymiseen. Ennen Arkeen Voimaa-ryhmää pitkäaikaissairaille oli ollut yksinäisyyttä, mutta yksinäisyys oli päättynyt Arkeen Voimaa-ryhmän ja sen myötä aktivoitumisen työhön, opiskelemaan tai vapaaehtoistyöhön myötä. Mahdollisesti pitkäaikaissairaana aktivoitumisen ja yksinäisyyden päättymisen myötä pitkäaikaissairaana ei tarvitse enää yksinäisyyden takia turvautua terveydenhuollon palveluihin, joka voi tuoda säästöjä.

Työnantajalle Arkeen Voimaa-ryhmän myötä aktivoituneet pitkäaikaissairaat, jotka palaavat takaisin työhön, tuo säästöjä, jos pitkittynyt sairausloma ja mahdollinen eläkeuhka väistyvät. Toinen mielekäs tutkimusaihe olisi se, miten työnantajien tulisi vastata pitkäaikaissairaiden työhön paluuseen liittyviin tarpeisiin ja minkälaisia työmahdollisuuksia työnantajat voisivat tarjota pitkäaikaissairaille, jotka haluavat palata aktivoitumisen myötä työelämään.

Pitkäaikaissairaalle Arkeen Voimaa-ryhmän myötä aktivoituminen tuo paljon hyötyjä, vaikka mahdollisia taloudellisia hyötyjä ei tulisikaan. Voimaantumisen myötä sosiaaliset suhteet ja elämänlaatu paranee ja aktivoituessa vapaaehtoistyöhön myös osallisuus yhteiskuntaan kohenee. Työelämän ulkopuolelle jääminen rajaa yksilöltä pois normaalit suhteet työyhteisöön ja siltä osin myös yhteiskuntaan. Palkkatyön ulkopuolelle jääminen pitkäkestoisesti saattaa johtaa sosiaaliseen syrjäytymiseen ja sillä on vaikutuksia hyvinvointiin ja terveyteen (THL 2016). Arkeen Voimaa-ryhmän myötä aktivoituneet pitkäaikaissairaat välttyivät mahdolliselta syrjäytymiseltä. Tämä on yhteiskunnan ja yksilön kannalta merkittävä tulos.

Tutkimuksessa haluttiin selvittää sitä, mikä merkitys Arkeen Voimaa-ryhmällä ja -ohjelmalla oli pitkäaikaissairaahan aktivoitumiseen. Tuloksina saatiin merkittäviä tuloksia siitä, että Arkeen Voimaa-ryhmä ja -ohjelman sisältö sekä ohjelmaan kuuluvat toimintasuunnitelmat olivat merkittävin syy pitkäaikaissairaahan aktivoitumiseen. Tulosten perusteella luotua Arkeen Voimaa-ryhmä pitkäaikaissairaahan kuntoutuksen tukena mallia voi käyttää markkinoidessa Arkeen Voimaa-ohjelmaa uusiin kaupunkeihin ja Arkeen Voimaa-ryhmää pitkäaikaissairaille.

Terveydentilansa huonoksi kokeva, työkyvytön ja masennuksen tunteita kokeva pitkäaikaissairas osallistui Arkeen Voimaa-ryhmään, alkoi tehdä ryhmän mukana toimintasuunnitelmia ja pieniä muutoksia niiden kautta elämäänsä. Hän huomasi pystyvänsä muutokseen ja vaikuttamaan itse omaan terveydentilaansa, jonka jälkeen mieliala alkoi nousta ja pitkäaikaissairas koki voimaa arkeensa mikä aktivoi hänet työhön, opiskelemaan tai vapaaehtoistyöhön. Mielekäs toiminta toi mukanaan osallisuuden kokemuksia. Loppukaneettina kehittämisprojektille voidaankin sanoa:

Arkeen Voimaa-ryhmästä arkeen voimaa!

LÄHTEET

Abbott, S. Cairns, L. & Davies, H. 2008. Empowering young people with long-term illness. Paediatric nursing May 2008 vol 20 no 4.

Ala-Kauhaluoma, M. & Laurila, H. 2008. MS-tautia sairastavat suomalaiset -työssä selviytyminen ja kuntoutus. Suomen MS-liiton raporttisarja n:o 13. Vammalan Kirjapaino Oy.

Bandura, Albert. 1994. Self-efficacy. Luettavissa: <http://stanford.edu/dept/psychology/bandura/pajares/BanEncy.html>

Brady, T. J. Murphy, L. O'Colmain, B. J. Beauchesne, D. Daniels, B. Greenberg, M. House, M. & Chervin, D. 2013. A meta-analysis of health status, health behaviors, and healthcare utilization outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program. Preventing Chronic Disease 1/3/2013; 10: E07-E07. (1p)

Chan, W.L.S., Hui, E., Chan, C., Cheung, D., Wong, S., Wong, R., Li, S. & Woo, J. 2011. Evaluation of chronic disease self-management programme (CDSMP) for older adults in Hong Kong. The Journal of Nutrition, Health & Aging© Volume 15, Number 3, 2011. Viitattu 10.2.2017. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=37b83ab2-5a54-4892-95e1-3e85ec57445b%40sessionmgr4006&vid=3&hid=4214>

Dongbo, F. Yongming, Y. McGowan, P. & Hua, F. 2006. Qualitative evaluation of Chronic disease self management program (CDSMP) in Shanghai. Patient Education & Counselling, Jun2006; 61(3): 389.396. Viitattu 10.2.2017. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/results?sid=37b83ab2-5a54-4892-95e1-3e85ec57445b%40sessionmgr4006&vid=0&hid=4214&bquery=cdsmp&bdata=JmRiPWNjbSZ0eXB IPT-Emc2l0ZT1laG9zdC1saXZl>

Euroopan komissio. Vakavat ja krooniset sairaudet. Viitattu 15.8.2016. http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/index_fi.htm

Eurostat. Pitkäaikaissairaus. http://www.stat.fi/artikkelit/2011/art_2011-05-30_009.html?s=2

Farrel, K. 2002. The role of self-efficacy in mediating health status of the chronically ill. University of Tennessee Center for the Health Sciences 2002; D.N.Sc. 107 p-107 p. (1p)

Farrell K. Wicks MN. & Martin JC. 2004. Chronic disease self-management improved with enhanced self-efficacy. Clinical Nursing Research (CLIN NURS RES), Nov2004; 13(4): 289-308. (20p)

Griffiths C. Motlib J. Azad A. Ramsay J. Eldridge S. Feder G. Khanam R. Munni R. Garrett M. Turner A. & Barlow J. 2005. Randomised controlled trial of a lay-led self-management for Bangladeshi patients with chronic disease. *British Journal of General Practice (BR J GEN PRACT)*, Nov2005; 55(520): 831-837. (7p)

Halme, K. 2015. Aivoverenvuodon sairastaneiden henkilöiden voimaantuminen ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Turun yliopisto. Viitattu 15.8.2016. https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/120178/gradu_hoitotiede_Halme.pdf?sequence=3

Harrison M. Reeves D. Harkness E. Valderas J. Kennedy A. Rogers A. Hann M. Bower P. 2012. A secondary analysis of the moderating effects of depression and multimorbidity on the effectiveness of a chronic disease self-management programme. *Patient Education & Counseling (PATIENT EDUC COUNS)*, Apr2012; 87(1): 67-73. (7p)

Haslbeck, J. Zanoni, S. Hartung, U. Klein, M. Gabriel, E. Eicher, M & Schulz, P. J. 2015. Introducing the chronic disease self-management program in Switzerland and other German-speaking countries: findings of a cross-border adaptation using a multiple-methods approach. *BMC Health Services Research*, 12/28/2015; 15 1-19. (19p). Viitattu 10.2.2017. <http://web.b.ebsco-host.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4daf642f-7a41-415b-96b6-f46833c68ffd%40sessionmgr101&vid=7&hid=118>

Heinonen, K. 2011. Toiminnallisten ohjausmenetelmien vaikutus liikuntatavoitteiden asettamiseen tyypin 2 diabeetikoiden kuntoutuskurssilla. Tampere. Viitattu 15.8.2016. http://www.kela.fi/documents/10180/12149/pro_gradu_heinonen_kirsi_diabetes2kurssi.pdf

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara P. 2015. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Huttunen, J. 2015. Mitä maailma sairastaa. *Duodecim* 2015;131:1107–8. Viitattu 1.2.2017. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/xmedia/duo/duo12280.pdf>

Huttunen, M. O. 2014. Lääkäri, potilas ja yksinäisyys. Viitattu 15.8.2016. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/xmedia/duo/duo11719.pdf>

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Jansson, A. 2012. Psykososiaalisen ryhmätoiminnan yhteys iäkkäiden ihmisten yksinäisyyden lievittymiseen ja ystävystymiseen. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 15.8.2016. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/40422/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201211243066.pdf?sequence=1>

Jansson, I. Gunnarsson, B. Björklund, A. Brudin, L. & Perseus, K. 2014. Problem-Based Self-care Groups Versus Cognitive Behavioural Therapy for Persons on Sick Leave Due to Common Mental Disorders: A Randomised Controlled Study. Springer Science+Business Media New York. J Occup Rehabil (2015) 25:127–140 DOI 10.1007/s10926-014-9530-9.

Johnston, S. Irving, H. Mill, K. Rowan, M. S. & Liddy, C. 2012. The patient's voice: an exploratory study of the impact of a group self-management support program. BMC Family Practice (BMC FAM PRACT), 2012; 13(1): 65-72. (8p)

Junttila, N., Jyrkkä, J. & Tolmunen, T. 2016. Lääkkeitä yksinäisyyteen. Viitattu 15.8.2016. https://sic.fimea.fi/arkisto/2016/2_2016/psykye-ja-laake/laakkeita-yksinaisyyteen

Järvikoski 2013. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70263/URN_ISBN_978-952-00-3457-3.pdf?sequence=1

Kelpo-polku. 2016. https://www.parkinson.fi/sites/default/files/kelpopolku_lean_mallihoitopolutusta.pdf

Kemppinen, A. 2014. Ryhmän tuella työkokeiluun -osatyökykyisen työnhakijan kokemuksia Silta työhön -projektin ryhmävalmennuksesta. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 15.8.2016. http://www.oikeitaitoita.fi/sites/default/files/Ryhman%20tuella%20tyokokeiluun_Kemppinen.pdf

Koivuranta-Vaara, Päivi. 2011. Terveystieteiden laatuopas, Kuntaliitto Luettavissa: http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2597

Kokkonen, T-M. & Wallace, Vuokko. 2015. Kokonaisuus ratkaisee pitkäaikaissairaanhoidossa. Suomen Lääkärilehti. 23.1.2015. 3-4/2015 vsk 70 s. 116 – 117.

Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011 Raportti 68/2012 THL. Viitattu 12.3.2017. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1

Koskinen-Ollonqvist P, Rouvinen-Wilenius P, Aalto-Kallio M. 2009. Osallisuus terveystekijänä. Promo 60: 5/2009, Terveystieteiden edistämisen lehti. 30-31. http://www.soste.fi/media/pdf/julkaisut/tasa-arvo_ja_osallisuus_2012.pdf

Kotani, K. & Sakane, N. 2004. Effects of a self-help group for diabetes care in long-term patients with type 2 diabetes mellitus: an experience in a Japanese rural community. Aust. J. Rural Health (2004) 12, 251–252

Kujala, E. 2011. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Luettavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67266/951445605-X.pdf?sequence=1>

Kujala, U., Kukkonen-Harjula, K. & Tikkanen, H. 2015. Liikunta pitkäaikaissairauksien hoidossa ja kuntoutuksessa. *Duodecim* 2015;131:1700–6. Viitattu 12.3.2017. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/xmedia/duo/duo12443.pdf>

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laukkala, T. Tuisku, K. Fransman, H. & Vormaa, H. 2015. Työikäisten mielenterveyskuntoutus. Viitattu 1.11.2016. <http://www.fimnet.fi.ezproxy.turkuamk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2015/SLL212015-1508.pdf>

Lind J, Tuulio-Henriksson A, Autti-Rämö I. 2011. Kuntoutus parantaa työikäisten masennuspotilaiden työkykyä. *Suomen Lääkärilehti* 2011;66:3213-9.

Lorig KR, Ritter PL, & Jacquez A. Outcomes of border health Spanish/English chronic disease self-management programs. (*DIABETES EDUC*), May/Jun2005; 31(3): 401-409. (9p)

Lorig KR, Ritter PL, Laurent DD, Plant K. 2006. Internet-based chronic disease self-management: a randomized trial. *Medical Care (MED CARE)*, 2006 Nov; 44(11): 964-971. (8p)

McDonnell, E. Forry, M. Wilson O, Raghallaigh, J. Kelly, O. Patchett, S. & Ruane, A. 2014. Pilot study of a multitiered psychosocial support framework for inflammatory bowel disease patients. *Gastrointestinal Nursing (GASTROINTEST NURS)*, Apr2014; 12(3): 42-49. (8p)

Mäntyselkä, P., Haanpää, M., Hagelberg, N., Helin-Salmivaara, A., Kokki, H., Komulainen, J., Pohjolainen, T., Saikkonen, K. & Salanterä, S. 2016. Kipu: Käypä hoito suosituksen tiivistelmä. *Duodecim* 2016 vol. 132 no. 8 s. 749-750

Paasivaara, L. Suhonen, M. & Virtanen, P. 2011. Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. Tallinna Raamatutrukikoda. Tallinna.

Palojärvi, H. 2009. Vertaistuki voimaantumisen välineenä sosiaalityössä. Helsingin yliopisto. Viitattu 15.8.2016. <http://www.kansalaisareena.fi/HelenaPalojarvi2010.pdf>

Pitkälä, K. ja Routasalo P. 2015. Ryhmästä apua vanhusten yksinäisyyteen. Viitattu 15.8.2016. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/xmedia/duo/duo10334.pdf>

Pääkkönen, T. 2014. Osattomuuden kokemuksista voimaantumiseen. Tampere. Viitattu 15.8.2016. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96298/GRADU-1415796403.pdf?sequence=1>

Routasalo, P. Airaksinen, M. Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Viitattu 15.8.2016. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=omahoito&Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo98401

Saari, P. 2012. Onnistuneesti takaisin työhön ammatillisella kuntoutuksella. Työntekijöiden ja työnantajien näkemyksiä onnistuneesta työhön paluusta. Kevan tutkimuksia 2/2012.

Saharinen, T. 2013. Mielenterveydeltään pitkäaikaisesti oireilevien ja oireettomien 25–64-vuotiaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio.

Salvatore, A. L.; SangNam, A. Luohua, J. Lorig, K. Ory, M. G. 2015 National study of chronic disease self-management: 6-month and 12-month findings among cancer survivors and non-cancer survivors Psycho-Oncology (PSYCHO ONCOL), Dec2015; 24(12): 1714-1722. (9p)

Siitonen, Juha. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Viitattu 15.8.2016. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn951425340X.pdf>

Silfverberg, P. 2005. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Tulostettu 11.3.2016 http://www.rakennerahastot.fi/vanhat_sivut/rakennerahastot/tiedos-tot/esr_julkaisut_2000_2006/esitteet_ja_oppaat/oppaat/01_projektinvetajan_opas.pdf

Siu AMH; Chan CCH; Poon PKK; Chui DYY; Chan SCC. 2007 Evaluation of the chronic disease self-management program in a Chinese population. Patient Education & Counseling (PATIENT EDUC COUNS), Jan2007; 65(1): 42-50. (9p)

Smeulders, van Haastregt, Janssen-Boyne, Stoffers, van Eijk & Kempen. 2009. Heart failure patients with a lower educational level and better cognitive status benefit most from a self-management group programme. Heart & Lung Nov2009; 38(6): 499-512. (14p)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2012:1 Viitattu 13.3.2017. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112146/STM_2012_%20KASTE_FI_uusi.pdf?sequence=3

Sotkanet. https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szYOiLe1rjCzTjS3zvSNT_UDAA==®ion=s07MBAA=&year=sy4rt9Y1BAA=&gender=t&abs=f&color=f

STM. 2006. Terveiden edistämisen laatusuositus (STM: 2006:19) Luettavissa: <http://stm.fi/terveyden-edistamisen-laatusuositus>

STM. 2009. Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto 2009-2011 hanke. Luettavissa: <http://docplayer.fi/7530293-Vete-hankkeen-2009-2011-loppuraportti-vetovoimainen-ja-terveytta-edistava-terveydenhuolto-2009-2011.html>

Suomen kuntaliitto 2015. Arkeen voimaa –ryhmästä tukea pitkäaikaissairauden oireiden hallintaan ja arjen sujuvuuteen. Viitattu 9.3.2016. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/sos-ter/sote-kehittamistyo/arkeenvoimaa/Sivut/default.aspx>

Suomen Kuntaliitto. 2016. Arkeen Voimaa. Viitattu 14.3.2016. <http://www.arkeenvoimaa.fi/toimintamalli>

Suominen, K., Kronqvist, K., Karjalainen, K., Husman, K. Katila-Keso, L & Haanpää, M. 2013. Johtaako masennuksen huono hoito eläkkeelle? Suomen Lääkärilehti 4/2013 vsk 68 s. 232 - 236

Swerissen H. Belfrage J. Weeks A. Jordan L. Walker C. Furler J. McAvoy B. Carter M. & Peterson C. 2006. A randomised control trial of a self-management program for people with a chronic illness from Vietnamese, Chinese, Italian and Greek backgrounds. Patient Education & Counseling (PATIENT EDUC COUNS), Dec2006; 64(1-3): 360-368. (9p)

Taskinen, P. 2012. Osatyökykyisellä on työhaluja terveysongelmista huolimatta. Hyvinvointikatsaus 4/2012. Tilastokeskus. http://www.stat.fi/artikkelit/2012/art_2012-12-10_005.html

THL. 2016. Viitattu 1.11.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi/osallisuus> ja <https://www.thl.fi/fi/web/sukupuolten-tasa-arvo/hyvinvointi/hyvinvointi-ja-terveyserot/syrjailyminen>

THL. 2015a. Yleistietoa kansantaudeista. Viitattu 15.8.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>

THL. 2015b. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/toimintakyky/liikku-miskyky>

THL. 2015c. <https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elamantuki/kuntoutus/kuntoutuksen-maaritelmiä>

Toikka, S. Vuorjoki, O. Koskela, T. & Pentala, O. 2015. Aikuisväestön yksinäisyys ja järjestötoiminta Suomessa - ATH-tutkimuksen tuloksia. Viitattu 15.8.2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-547-9>

Tolonen, U. 2011. Ruokaa mielelle – ratkaisukeskeinen ryhmäohjelma masennuksesta toipuvien mielenterveyskuntoutujien ravitsemusohjaukseen. Viitattu 15.8.2016. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110054/urn_nbn_fi_uef-20110054.pdf

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuorila, Helena. 2009. Terveyspalvelut ja potilaiden voimaantuminen. Viitattu 15.8.2016. https://www.avoinyliopisto.fi/File/d62db0c8-1653-44ee-9bee-a687dcd17296/Kulutuksen_liik-keet.pdf

Uotila, Hanna. 2011. Vanhuus ja yksinäisyys: tutkimus iäkkäiden ihmisten yksinäisyyskokemuksista, niiden merkityksistä ja tulkinnoista. Tampere. Viitattu 15.8.2016. <http://www.uta.fi/ajankoh-taista/vaitokset/tiedote.html?id=67479>

Valtiokonttori. 2012. Viitattu 10.2.2017 [http://www.valtiokonttori.fi/fi-FI/Virastoille_ja_laitok-sille/Henkilostohallintoa_ja_johtamista_tukevat_palvelut/Kaikutyöelämäpalvelut/Työhyvin-vointi/Työhyvinvointi_tuottavuustekijana/Mita_sairaudet_tai_työkyvyttomyys_maksav\(43457\)](http://www.valtiokonttori.fi/fi-FI/Virastoille_ja_laitok-sille/Henkilostohallintoa_ja_johtamista_tukevat_palvelut/Kaikutyöelämäpalvelut/Työhyvin-vointi/Työhyvinvointi_tuottavuustekijana/Mita_sairaudet_tai_työkyvyttomyys_maksav(43457))

Viirikorpi, P. 2000. Onnistunut projekti -opas kunta-alan projektityöskentelyyn. Suomen kuntaliitto. Helsinki. Tulostettu 11.3.2016 http://cna.mikkeli.amk.fi/Oppilas/Projektiteh-tava/Kunta_alan_proj_opas.pdf

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Otavan Kirjapaino Oy.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten so-siaali-ja terveyspalvelujen kehittämiseen Tekes. Luettavissa: <http://www.tekes.fi/Julkaisut/matka-opas.pdf>

Wu, C.-J. (Jo); Chang, A.M. Courtney, M. Kostner, K. 2012. Peer supporters for cardiac patients with diabetes: a randomized controlled trial. International Nursing Review (INT NURS REV), Sep2012; 59(3): 345-352. (8p)

Liite 1

TUTKIMUSTIEDOTE

Arkeen Voimaa -ryhmään osallistuneen pitkäaikaissairaahan aktivoituminen työhön, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan-tutkimus on osa Turun ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyötä, joka liittyy Kuntaliiton Arkeen Voimaa- ohjelmaan. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, mikä on aktivoitunut ArVo-ryhmään osallistuneen pitkäaikaissairaahan työhön, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan ja mitkä asiat ovat edistäneet tai haitanneet aktivoitumista. Tavoitteena on myös tuottaa tietoa siitä, onko ArVo-ryhmällä ollut osuutta aktivoitumiseen ja jos on ollut, niin minkälainen osuus. Tarkoituksena on saadun tiedon pohjalta laatia malli pitkäaikaissairaahan aktivoitumisesta työelämään, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan. Mallia voi käyttää suunniteltaessa pitkäaikaissairaahan kuntoutusta ja mikäli yhteys ArVo-ryhmän ja aktivoitumisen välille löytyy voi mallia käyttää esimerkiksi ArVo-ohjelman markkinoinnissa.

Tutkimusaineistoa kerätään teemahaastattelun avulla puhelimitse kymmeneltä (n=10) Arkeen Voimaa-ryhmään osallistuneelta pitkäaikaissairaalta, jotka ovat ryhmän jälkeen aktivoituneet työhön, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan. Tutkittavat ovat saaneet tiedon tutkimuksesta Arkeen Voimaa tapaamisessa ja vapaaehtoisesti halunneet osallistua tutkimukseen. Aineiston keruu tapahtuu helmi-maaliskuun 2017 aikana puhelinhaastatteluin, jotka nauhoitetaan. Aineistoa hyödynnetään opinnäytetyönä toteutettavassa kehittämisprojektissa, jossa tarkoituksena on laatia malli pitkäaikaissairaahan aktivoitumisesta työelämään, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan.

Tutkimuksesta saa lisätietoja

Sonja From

Työterveyshoitaja, yamk-opiskelija

Turun ammattikorkeakoulu, Terhy

sonja.from@edu.turkuamk.fi

SAATEKIRJE

Päiväys 1.1.2017

Opinnäytetyön nimi: Arkeen Voimaa-ryhmään osallistuneen pitkäaikaissairaahan aktivoituminen työelämään, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan.

Hyvä vastaaja

Kohteliaimmin pyydän Teitä osallistumaan haastatteluun, jonka tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, mikä on aktivoinut Arkeen Voimaa-ryhmään osallistuneen pitkäaikaissairaahan työhön, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan ja mitkä asiat ovat edistäneet tai haitanneet aktivoitumista. Tavoitteena on myös tuottaa tietoa siitä, onko Arkeen Voimaa-itsehoitoryhmällä ollut osuutta aktivoitumiseen ja jos on ollut, niin minkälainen osuus. Tarkoituksena on saadun tiedon pohjalta laatia malli pitkäaikaissairaahan aktivoitumisesta työelämään, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan. Mallia voi käyttää suunniteltaessa pitkäaikaissairaahan kuntoutusta ja mikäli yhteys ArVo-ryhmän ja aktivoitumisen välille löytyy voi mallia käyttää esimerkiksi ArVo-ohjelman markkinoinnissa.

Tämä aineiston keruu liittyy itsenäisenä osana Kuntaliiton Arkeen Voimaa-ohjelmaan. Suostumuksenne haastateltavaksi vahvistatte allekirjoittamalla mukana tulleen Tietoinen suostumus haastateltavaksi -lomakkeen ja postittamalla sen kirjeen mukana tullessa palautuskuoreessa tutkimuksen tekijälle xxx mennessä.

Teidän osallistumisenne haastatteluun on erittäin tärkeää, koska opinnäytetyön avulla voivat muutkin pitkäaikaissairaajat löytää apua aktivoitumiseen työhön, opiskeluun tai muuhun mielekkääseen toimintaan. Haastattelun tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen haastateltava ole tunnistettavissa tuloksista. Teillä on täysi oikeus keskeyttää haastattelu ja kieltää käyttämästä Teihin liittyvää aineistoa, jos niin haluatte.

Tämä aineiston keruu liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylemmän ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on Pia Suvivuo, TtT, terveydenhoitaja, yliopettaja, tutkimusvastaava, Turun amk/Terveysala.

Osallistumisestanne kiittäen

Sonja From

Turun ammattikorkeakoulu

Yhteystiedot

sonja.from@eduturkuamk.fi

Tietoinen suostumus haastateltavaksi

Olen saanut riittävästi tietoa Arkeen Voimaa-ryhmään osallistuneen pitkäaikaissairaahan aktivoituminen työhön, opiskelemaan tai muuhun aktiviteettiin opinnäytetyöstä, ja siitä tietoisena suostun haastateltavaksi.

Päiväys _____

Allekirjoitus _____

Nimen selvennys _____

Yhteystiedot (tarvittaessa)

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Taustakysymykset:

Sukupuolenne: mies, nainen, muu?

Mihin seuraavista ikäryhmistä kuulutte: alle 30 v., 31-40 v., 41-50 v, 51-64 v. vai 65 vuotta täyttäneisiin?

Asutteko nykyisin yhdessä puolison tai vakituisen elämänkumppanin kanssa?

Ylin koulutusasteenne: kansakoulu/peruskoulu, ammattitutkinto/ylioppilastutkinto, alempi korkeakouluaste, ylempi korkeakouluaste?

TEEMAT:

1 Minkälainen terveytenne oli ennen Arkeen Voimaa-ryhmään osallistumista? Kävittekö työssä, koulussa tai harrastitteko muuta mielekästä toimintaa?

2 Minkälainen terveytenne on nyt? Käyttekö työssä, koulussa tai harrastatteko muuta mielekästä toimintaa?

3 Koetteko olevanne yksinäinen? Jos koette, onko yksinäisyys ongelma?

4 Mikä innosti teitä työhön, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan?

5 Miten Arkeen Voima-ryhmä vaikutti innostumiseenne aloittamaan työt, opiskelun tai muun mielekkään toiminnan?

6 Mikä häytti työn, opiskelun tai muun mielekkään toiminnan aloittamista?

7 Miten koette pärjääväanne arjessanne nyt?